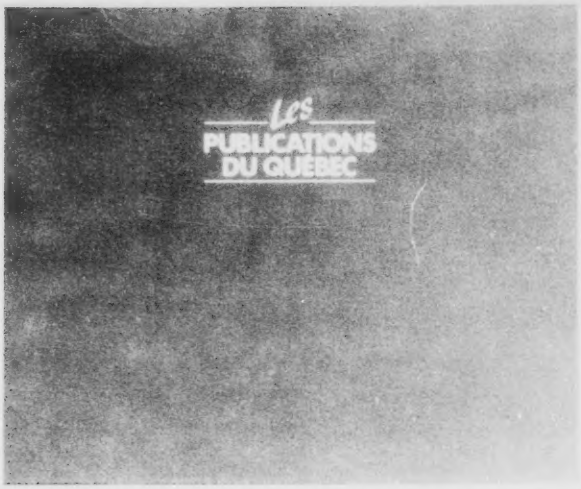
35

Recherche



Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario

Claude Quiviger

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

35

Recherche

Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario

Claude Quiviger

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08481-4

CENTRES COMMUNAUTAIRES LOCAUX DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE: Etude comparative Québec-Ontario

Claude Quiviger
avec la collaboration de
Jean-Bernard Robichaud

Conseil canadien de développement social
mai 1987

Note Liminaire

La présente étude est à considérer comme une recherche exploratoire. Compte tenu des limites de temps et de ressources pour aborder un objet de recherche aussi complexe, elle n'a pu - nous en sommes conscients- dépasser un certain nombre d'imprécisions ou de limites au plan de la méthodologie.

Nous espérons toutefois qu'elle puisse être de quelque utilité aux divers acteurs concernés par la question (en recherche, en gestion et en intervention-terrain).

REMERCIEMENTS

Le financement de cette étude a été assuré en partie par la Commission d'enquête sur la Santé et les Services sociaux du Québec et par le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval (Québec): que ces instances trouvent ici nos remerciements pour leur intérêt engagé en faveur de notre étude!

Merci aux consultants, mis à l'épreuve à deux reprises, pour la validation du questionnaire: Hector Ouellet, Jacques Gagné, Normand Lauzon, Louis-Paul Thauvette, Georgio Gaudet, Jean-Pierre Bélanger, Sylvie Dillard, Terrance Hunsley.

Aux dix-sept Centraide du Québec; à Gilles Strasbourg, de la Direction des services communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; à Odette Barrington, bibliothécaire-archiviste du Conseil canadien et à plusieurs autres, merci de nous avoir donné accès aux listes et répertoires nécessaires à l'identification des centres... ce qui ne fut pas une mince affaire!

A Carlos Narvaez et à Hector Ouellet, merci pour leurs services informatiques. A Jocelyne Doucet et à Marie-France Ouellet-Beaupré, présentes tout au long de l'étude, merci pour leur fidèle et patient appui technique.

Merci aussi aux cent-huit centres qui ont accepté d'investir dans la réponse au questionnaire un temps que, d'après plusieurs, nous avions grandement sous-estimé! Merci enfin aux vingt-trois personnes qui ont bien voulu nous accorder des entrevues (elles aussi de durées indéterminées), entrevues qui nous ont permis de raffiner notre information.

Jean-Bernard Robichaud Claude Quiviger

AVANT-PROPOS

Impliqué depuis plus d'un demi-siecle dans la recherche, la consultation et l'animation sociales, le Conseil canadien de développement social (CCDS) se veut encore présent aux débats actuels concernant les politiques et l'organisation du système social et sanitaire canadien.

De façon plus précise et en lien avec la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux actuellement en cours au Québec (Commission Rochon), le CCDS veut apporter sa contribution aux débats -parfois animés et houleux- relatifs à la prestation locale des services sociaux et de santé. Car c'est sur ce terrain immédiat des services fournis localement, c'est-à-dire le terrain du "trafic" ordinaire de la vie quotidienne, que se vérifie finalement la pertinence des grandes politiques plus générales. Au-delà des images et des discours, c'est la réalité de ces services locaux tels que vécus qui dit les orientations et les politiques réelles de la société et détermine en grande partie la qualité et l'efficience du système de soins (sociaux et de santé) de la société.

Le Canada a ceci de particulier qu'en vertu du partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux les services de santé et les services sociaux -entre autres- relèvent des juridictions provinciales; ce qui explique que les diverses provinces ont connu et connaissent encore des modes de fonctionnement fort diversifiés.(1) Il eut été intéressant de comparer systématiquement la réalité des dix provinces et des territoires, mais les contraintes de temps et de ressources ont limité l'étude -en son stade actuel- à deux provinces: le Québec et l'Ontario.

INTRODUCTION

A la fois bilan d'expériences vécues et essai prospectif, la recherche présente la situation d'un certain nombre de Centres communautaires locaux qui donnent des services sociaux et de santé et, à partir des données recueillies, identifie des perspectives d'avenir.

La recherche, en fait, ne s'attache qu'à un niveau précis de l'ensemble des services socio-sanitaires, celui de la prestation des services au niveau local communautaire. Ce niveau, bien évidemment, demeure très lié et relativement dépendant des autres niveaux (v.g. secteur hospitalier, institutionnel, spécialisé) qu'on peut qualifier de niveaux majeurs, ne serait-ce qu'à cause des budgets qu'ils drainent et de la foule de travaux et d'études qu'ils ont suscités. Le niveau local communautaire -mineur dans l'ensemble du système des recherches et des budgets- prend toutefois une importance de plus en plus grande pour diverses raisons, liées à l'évolution générale de la société: contraintes économiques qui restreignent le développement institutionnel, perceptions nouvelles qui mettent l'accent sur le préventif et la santé plutôt que sur le curatif et la maladie, questions relatives à la dé-professionnalisation, revendications d'autonomie de la population en regard des professionnels et des institutions, (2), etc.

Mais ce niveau local communautaire apparaît très complexe, diversifié, difficile à cerner et à comprendre. Il possède, en fait, la complexité même de l'ensemble social au niveau des multiples interactions quotidiennes dans la société.

Lorsqu'on parle d'un hôpital, tout le monde sait à peu près de quoi il s'agit et, d'un pays à l'autre, cela se ressemble quelque peu. C'est autre chose quand on parle d'un Centre local de services communautaires (CLSC), d'une coopérative de santé, d'une organisation de préservation de la santé (OPS, HSO, HMO, CHC...) ou d'un organisme communautaire d'action volontaire (OAV): d'une ville ou même d'un quartier à l'autre, ces divers noms couvrent des réalités fort variées... qui, toutes pourtant, se disent communautaires. Cette variété plus ou moins saisissable, ondoyante comme la vie collective, explique sans doute, en partie, la réserve des pouvoirs publics face au développement de tels services et l'investissement sur les "valeurs sûres" que sont les réseaux établis, les établissements traditionnels et les professions reconnues dûment représentées par des corporations.

En tout état de cause, c'est à titre d'essai et avec une certaine prudence que la présente recherche propose un "modèle communautaire": à la fois prudence d'ordre méthodologique à cause de la complexité de la question et des limites de l'étude et prudence d'ordre stratégique compte-tenu de la légitime importance que chaque centre communautaire attribue à sa spécificité et, donc, de sa méfiance instinctive envers les modèles.

Outre les articles, recherches et volumes consacrés à l'étude du système canadien de services sociaux et de santé -compte-tenu des différences entre provinces, il conviendrait davantage de parler des systèmes de services sociaux et de santé en vigueur au Canada- plusieurs commissions d'enquête ou comités canadiens ont recommandé, entre autres choses, le développement de centres locaux de type communautaire. Depuis plus de vingt ans, cette recommandation a été reprise, sous de multiples formes, dans plusieurs rapports importants:

- rapport de la Commission Hall sur les services de santé (1964);
- rapport de la Commission Castonguay sur la santé et les services sociaux au Québec (1970);
- rapport Hastings sur les centres communautaires de santé (1973);
- rapport du Conseil économique de l'Ontario sur les soins de santé (1976);
- rapport de la Commission Mustard sur les soins primaires de santé (Ontario - 1982);
- rapport du Groupe de travail national sur le développement coopératif (1984);
- certains rapports du Groupe de travail Nielsen (1985);
- rapport de la Commission Mc Donald, chapitre 20 (1985);
- rapport du Comité Brunet (Québec - 1987).

Cette recommandation de développement des services communautaires locaux se retrouve dans des rapports analogues dans d'autres pays occidentaux (Grande-Bretagne, Hollande, Suède, entre autres).

Au Québec, les rapports récents des groupes de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, sur la déréglementation et sur la privatisation (Rapport Gobeil, Scowen et Fortier, Québec - 1986) ont émis sur ces sujets des propos qui peuvent avoir une influence importante sur l'avenir des services communautaires (v.g. maintien ou développement compromis).

En fait, il existe des services communautaires locaux. Qui sont-ils? Quels services rendent-ils? De quel projet ou de quelle vision de société sont-ils porteurs? Dans quelle mesure sont-ils ou pourraient-ils devenir des réponses valables (ou, du moins, des éléments de réponse) à certaines lacunes ou à certains culs-de-sac des systèmes de services sociaux et de santé actuellement en place? La présente recherche -par une analyse comparative de deux expériences aussi distinctes que celles du Québec et de l'Ontario- propose quelques éléments de réponse à ces questions. L'information recueillie est regroupée autour de trois axes principaux: les orientations des centres communautaires locaux, leur fonctionnement, leur financement. Outre la comparaison entre le Québec et l'Ontario sera aussi présentée la comparaison entre centres publics ou para-publics et organismes d'action volontaire.

Le rapport comprend trois parties:

- Partie I: Le contexte general pp. 6-46

chap. I Des services communautaires locaux

chap. II Des services communautaires dans leur contexte global

- Partie II: Les faits recueillis - Bilan pp. 47-178

chap. III Données methodologiques

chap. IV Description générale des centres

chap. V Orientations des centres

chap. VI Fonctionnement des centres

chap. VII Financement des centres

- Partie III: Des perspectives pp. 179-210

chap. VIII Pour un développement communautaire

PARTIE I

LE CONTEXTE GENERAL

Questions en attente de réponses...

Suffit-il qu'un service soit local et implique quelques citoyens du crû dans son conseil d'administration pour qu'il soit communautaire? Suffit-il qu'un service soit issu de l'initiative de citoyens et fourni par un organisme privé à buts non lucratifs pour qu'il soit communautaire? Dans quelle mesure un organisme public peut-il faire du communautaire? Qu'advient-il de la communauté quand le champ de l'intervention communautaire est couvert par un réseau étatique? Que penser des centres de jour ou centres externes mis sur pied, financés, administrés par des établissements publics et baptisés communautaires? Suffit-il d'intervenir au niveau local pour prétendre réaliser une intervention communautaire? La gestion d'un centre communautaire, sa philosophie d'intervention, ses modes de financement comportent-ils quelque chose de particulier par rapport aux autres organisations en santé ou en social? Que penser de l'actuel intérêt des pouvoirs publics québécois envers la communauté et ses organismes, alors qu'il y a à peine dix ans, on ne les tolérait qu'en attendant le parachèvement du réseau public qui devait répondre à tous les besoins, y compris les besoins communautaires? Que penser de l'hésitation des ministères ontariens de la Santé et des Services sociaux -pourtant par principe et par tradition favorables aux initiatives communautaires- à reconnaître réellement les projets communautaires novateurs que sont les CHC (Community Health Centres)?

Il n'y a pas de réponse simple à ces questions, et les plus farouches tenants du communautaire eux-mêmes s'entredéchirent à belles dents sur le sujet. Il n'est toutefois pas interdit d'essayer d'y voir clair.

Vécu sous une multitude de formes, objet (redouté ou souhaité) de réflexions et de discours de tous ordres, à la limite symbole presqu'incantatoire de certaines "professions de foi", "le communautaire" est à la fois porteur d'une banale réalité quotidienne de prestations de services et d'une certaine image de l'organisation sociale collective. En même temps qu'il est un certain système organisationnel, il a la puissance mobilisatrice de l'utopie (à ne pas confondre avec illusion), ce qui en rend l'analyse complexe et périlleuse. On risque toujours de privilégier indûment l'un ou l'autre aspect: soit la réalité organisationnelle au détriment de l'image symbolique, auquel cas on se fait accuser de n'en point comprendre l'essentiel c'est-à-dire l'esprit, le souffle, l'inspiration de fond; soit l'image symbolique au détriment de la réalité organisationnelle, auquel cas on se fait accuser d'illusion idéaliste. En d'autres termes, les aspects idéologiques (et même symboliques) et les aspects organisationnels s'y mêlent inextricablement, et on ne peut faire l'économie des uns ou des autres si on veut lui rendre justice.

C'est pourquoi l'analyse des centres communautaires doit porter à la fois sur des aspects d'orientations (vision de la société, des citoyens, du rôle de l'Etat; philosophie et modalité globale d'intervention), des aspects de fonctionnement (organisation des

services, personnels engagés, mécanismes de participation de la population, collaborations, accessibilité...), et sur le financement (sources, modalités du financement).

Cette première partie du rapport comprend deux chapitres. Le premier présente une analyse des termes "communauté" et "intervention communautaire" avant de proposer une hypothèse de "modèle de centre communautaire". Le deuxième fait un rapide survol de la situation actuelle du communautaire au Québec et en Ontario ainsi que de questions globales de société auxquelles le communautaire -comme les autres acteurs sociaux- a actuellement à faire face.

Chapitre I: DES SERVICES COMMUNAUTAIRES LOCAUX

De façon globale, quelque peu symbolique et au-delà des sens variés donnés au terme, l'appel au communautaire est porteur de la préoccupation et du besoin de vivre dans un milieu à taille humaine, un milieu qui fasse droit aux besoins d'enracinement, d'appartenance et de communication sociale ouverte à l'affectif (et pas uniquement au fonctionnel); chez les intervenants, le désir d'être communautaires manifeste, outre le souci d'efficacité, l'aspiration à une relation autre que bureaucratique ou froidement technique ainsi que la préoccupation d'agir au niveau de la situation collective, au-delà de l'intervention curative individuelle. Par un biais ou un autre, communautaire rime avec solidaire. Mais qu'est-ce au juste que la communauté, l'intervention communautaire et le communautaire réel?

1. COMMUNAUTE

La communauté peut être définie selon trois paramètres principaux (Payne, Barclay, Bulmer, Willmott, Mayer) soit la géographie, l'intérêt ou l'appartenance (3). Ces paramètres ne sont jamais mutuellement exclusifs, ils sont plutôt complémentaires. La non-reconnaissance de la complémentarité des trois dimensions dans le concept de communauté est à l'origine d'une certaine confusion dans les définitions de l'approche communautaire, des services communautaires, du soutien communautaire et de la prise en charge par la collectivité ou le milieu.

La notion de localité est intimement liée à la définition d'une communauté parce qu'on présume que des gens qui partagent le même territoire partagent certaines choses en commun en étant soumis à des conditions semblables. La prémisse qui sous-tend l'action communautaire c'est que le partage d'un même territoire permet de dégager une notion de collectivité qui peut être mobilisée comme force de changement et d'amélioration des conditions de vie.

Cependant, le concept de communauté n'est pas épuisé par les liens créés dans l'occupation d'un espace territorial commun. La notion d'intérêts communs partagés entre un groupe de personnes fonde aussi la notion de communauté (solidarité d'intérêts). Tous les gens qui occupent un même territoire n'ont pas nécessairement les mêmes caractéristiques ou les mêmes affinités. Certaines communautés se développent sur la base de caractéristiques analogues ou d'affinités et moins sur la base d'un territoire partagé en commun.

La troisième dimension est celle que l'on traduit par la notion de sens communautaire ou d'appartenance; ou en d'autres termes par l'intensité de l'identification que les membres d'une communauté ressentent pour leur communauté (solidarité de valeurs). L'appartenance communautaire et la communauté d'intérêt se renforcent mutuellement. Plus les gens ont des intérêts en commun, plus ils interagissent, plus le sens communautaire se développe. D'autre part, plus les gens sont liés par des réseaux d'appartenance, famille, groupe ethnique, relations de voisinage, plus ils interagissent.

Les communautés d'intérêt et d'appartenance peuvent être dispersées sur le territoire, jusqu'au point où la notion de communauté locale perd sa pertinence. Toutes les dimensions de l'approche communautaire ne peuvent donc pas se réduire à la localité, car la logique territoriale poussée à l'extrême mène à définir des communautés tellement restreintes que les communautés d'intérêt et d'appartenance n'y trouvent plus d'assise.

Dans l'intervention, une communauté territoriale de taille suffisante peut généralement soutenir les communautés d'intérêt et d'appartenance aux conditions suivantes (Willmott):

- population stable et, en majorité, enracinée;
- présence de la parenté;
- coïncidence du lieu de résidence et du lieu de travail;
- homogénéité relative des classes sociales et des niveaux socio-économiques;
- homogénéité relative au plan ethnique;
- isolement géographique par rapport à d'autres populations;
- aménagement physique favorisant le voisinage et donnant une identité spécifique au territoire;
- nombre élevé d'organisations et d'associations locales;
- pressions ou menaces externes sur la communauté (facteur passager).

Plus il y a coïncidence entre les paramètres de territorialité, d'intérêts et d'appartenance, plus une communauté devient réelle et forte. Le fait que les moyens actuels de communication placent

l'ensemble des citoyens en lien constant avec le monde entier risque fort de diminuer le sentiment d'identification à un coin de terre spécifique; par ailleurs l'anonymat et la mobilité qui règnent en milieux urbains y relativisent énormément l'aspect de regroupement sur une base territoriale mais y confèrent une importance accrue aux regroupements sur une base d'intérêt ou d'appartenance. Enfin, des analyses récentes du phénomène de regroupement (4) notent que les regroupements tendent de plus en plus à être ponctuels et passagers (des alliés d'aujourd'hui sur une question précise pouvant fort bien être demain opposés sur une autre question et alliés à leurs ennemis d'aujourd'hui).

La notion de communauté n'est donc pas une notion univoque. Personne ne met en cause l'importance de la communauté ni la nécessité de faire partie de regroupements communautaires pour survivre (aux plans des besoins primaires ou à ceux d'autres besoins de type affectif). Mais il y a diversité de communautés et il importe de prendre en compte ce facteur: si l'on veut répondre adéquatement aux besoins de communautés diverses, il serait logique d'en diversifier les modalités. Quand l'ensemble d'un réseau communautaire s'établit sur la base de la localité -et c'est le cas des CLSC au Québec- il n'utilise en fait que l'une des "entrées" dans l'intervention communautaire. Si la société investit toutes ses ressources communautaires et s'organise uniquement à partir de ce modèle territorial, qu'advient-il des autres problématiques communautaires dont l'"entrée" est le paramètre d'intérêt ou d'appartenance et qui

transcendent les limites territoriales? Loin d'être académique, cette question identifie l'une des difficultés majeures pour reconnaître réellement une foule de besoins communautaires (et aussi la foule de petits organismes qui tentent d'y répondre) qui ne peuvent être pris en compte à partir de l'entrée territoriale d'abord (v.g. maisons de femmes, groupes de handicapés physiques ou mentaux, délinquance juvénile, personnes âgées, etc...).

2. INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

C'est probablement autour de la notion d'intervention communautaire qu'existent la plus grande variété d'opinions, la plus grande confusion et, partant, les plus vives altercations entre intervenants ou groupes déniant à d'autres la prétention à "faire du communautaire".

2.1 Une question de pouvoir communautaire:

De façon globale, l'intervention communautaire vise à promouvoir l'organisation collective par la communauté de ses propres réponses à ses propres besoins. Bref, ce n'est pas l'Etat ou tout autre pouvoir externe qui gère la communauté, mais la communauté qui se gère. Ceci met en lumière un premier facteur, celui d'un pouvoir réel ou d'une autorité de la communauté sur son

propre devenir par rapport à d'autres pouvoirs externes.(5) Il ne suffit toutefois pas que le pouvoir décisionnel soit aux mains de la communauté (ex. au niveau du C.A.) pour que l'intervention soit communautaire: les "tyrans" locaux existent autant que les autocrates du pouvoir central! Au niveau d'une communauté les gens ne sont pas nécessairement plus démocrates qu'au niveau de la société... tout en l'étant sans doute autant! Dire ceci revient à faire un constat de bon sens : le communautaire se caractérise fondamentalement par un exercice démocratique du pouvoir.

2.2 Une question d'approche globale:

L'intervention ou l'approche communautaire implique aussi une façon spécifique d'analyser les situations et d'opérationnaliser les réponses aux problèmes: il s'agit d'emblée d'une approche globale, (écologique, systémique) impliquant de façon inextricable et dialectique à la fois les individus avec leurs besoins individuels de services concrets spécifiques et la collectivité comme collectivité avec ses besoins structurels collectifs. En langage imagé -et plus ou moins exact comme toute image- l'approche communautaire est un "coktail" de l'approche psychologique individuelle et de l'approche socio-politique collective. De façon plus précise et au risque de caricaturer quelque peu, on peut distinguer trois niveaux, <u>toujours interreliés</u>, dans une approche communautaire:

- l'individu avec des besoins individuels spécifiques concrets (p.ex. de type curatif ponctuel); à ce niveau l'approche communautaire considère tout l'individu, comme une entité, pas seulement son problème; de plus son problème, souvent, ne se réduit pas à la définition technique du diagnostic; en même temps, il peut être aussi affectif, économique, culturel, etc... A tout le moins, il y a lieu d'intégrer la santé et le social. De même que l'individu est une personne irréductible à un cas passif, l'intervenant est une personne irréductible à son rôle technique immédiat; en somme, on parle de partenariat (et non plus d'un "professionnel-marchand" qui vend un service à un "client", ni d'un "professionnel-technicien" qui livre un service à un "bénéficiaire" qui y a droit). A ce premier niveau, l'approche communautaire questionne une certaine pratique professionnelle;
- l'individu dans son environnement: nul n'est une île et, pour chacun, la qualité de son environnement est un facteur fondamental de développement ou de limitation, qu'il s'agisse de l'environnement affectif, physique, social, culturel, économique... A oublier cette dimension, on risque de ne considérer que les symptômes: ceci questionne les pratiques professionnelles qui se limitent au ponctuel individuel. Par contre la considération de l'environnement ouvre immédiatement des perspectives d'intervention plus globales (p.ex.: intervenir auprès de toute une famille et pas seu-

lement auprès du jeune qui fait problème), perspectives qui mobilisent l'environnement. Se trouvent aussi ouvertes des interventions préventives (p.ex.: hygiène personnelle, nutrition, groupes de soutien et d'entraide...)

- <u>l'environnement lui-même ou les structures organisationnelles existantes dans le milieu</u>: si les lacunes de l'environnement engendrent des problèmes aux individus, il ne suffit pas de "réparer les pots cassés individuels", il importe de faire cesser les causes structurelles qui produisent ces cassures. Ceci débouche sur la dimension "politique" -(au sens large et générique du terme grec: "polis", la ville; "politique", ce qui concerne la ville, c'est-à-dire la société)- de l'intervention communautaire, qui en est aussi sa fine pointe dans la mesure où il mobilise démocratiquement la communauté et en est une démarche collective. En fait, c'est ce niveau précis de l'intervention communautaire qui, de l'extérieur, apeure parfois parce qu'il débouche sur des pressions, des contestations et, à la limite, sur des luttes sociales ouvertes entre partisans du statu quo et promoteurs de changements. L'intervention communautaire à ce niveau questionne souvent les pouvoirs établis, que ce soit pour la mise en place de nouveaux programmes collectifs, pour l'amélioration de programmes déjà établis (ce qui comporte une critique), pour l'avènement de nouvelles législations qui limitent les abus générateurs de problèmes ou, directement, pour la contestation et la lutte ouverte contre les responsables

politiques ou administratifs en postes. On peut ici poser une question importante: dans quelle mesure un tel communautaire est-il possible à des organismes étatiques?(6)

2.3 Une question d'équilibre:

Aux extrêmes, on retrouve parfois deux positions qui, tout en se réclamant du communautaire, en laissent échapper des parties. Il y a d'une part le "communautaire individualiste": en fait il se limite à donner des services à des individus, dans leur milieu naturel certes, mais sans jamais appréhender les dimensions collectives des situations individuelles ni, en conséquence, travailler à améliorer les structures collectives et développer les dynamismes collectifs. En fait, il serait plus exact de parler d'intervention professionnelle en milieu naturel. Dans quelle mesure est-ce là l'erreur de perception d'établissements hospitaliers ou sociaux qui disent faire une intervention communautaire du simple fait de traiter leurs "bénéficiaires" en milieu naturel plutôt qu'à l'interne? D'autre part, il y a le "communautaire collectiviste": le risque ici est de ne voir que les aspects structurels collectifs à modifier à tout prix sans tenir aucun compte des besoins des individus qu'on mobilise; à la limite, l'individu n'existe plus et penser à ses besoins personnels est méprisable. En fait, il serait plus exact de parler d'action politique, de lutte axée sur une conquête du pouvoir

pour laquelle "une poignée de meneurs" risque d'utiliser la population sous couvert de la libérer.(7) A la limite, ces deux extrêmes, qui se parent parfois du titre de communautaire, en deviennent des caricatures.

2.4 Une question de démarche:

Dans la réalité concrète, à moins d'avoir affaire à des citoyens déjà conscientisés, c'est souvent par le biais du service individuel reçu que l'individu -s'il y est sensibilisé par celui qui lui rend ce service- fait la prise de conscience des dimensions socio-collectives de sa situation, situation souvent analogue à celle de nombreux autres individus; il s'ouvre ainsi peu à peu à des moyens collectifs à mettre en oeuvre pour éviter de telles situations. La démarche communautaire est fondamentalement un processus de conscientisation, d'apprentissage, d'éducation par et dans l'action.(8) Ce processus, qui allie continuellement l'interaction dialectique entre l'individuel et le collectif, s'applique à peu près toujours, qu'il s'agisse de communautés territoriales, ou de communautés d'intérêt ou d'appartenance. Les concepts de base de cette approche peuvent ainsi se résumer: développement individuel et participation collective en interaction, appropriation par la communauté des mécanismes de décisions de ses services, approche globale et multidimensionnelle, prévention et développement collectif.

2.5 Une question de fonctionnement:

En toute logique, un centre communautaire qui veut promouvoir l'autonomie de la communauté se doit d'adopter un fonctionnement interne cohérent par rapport aux objectifs qu'il promeut.(9) Globalement, la promotion d'objectifs communautaires implique pour le fonctionnement d'un centre communautaire:

- une participation significative de la communauté aux niveaux de l'identification des besoins, de la décision des programmes ou services et de l'évaluation; cette participation est plus large que la participation au Conseil d'administration (sans l'exclure) et repose sur la perception de base que la population est partenaire et non simplement cliente ou bénéficiaire;
- une organisation du travail en équipe(s) de travail de type pluri ou multidisciplinaire: l'organisation individuelle ou unidisciplinaire est inadéquate pour réaliser les multiples facettes d'une approche communautaire avec ses différents niveaux;
- une gestion des objectifs, des procédures, des consignes qui n'en fasse pas la propriété exclusive des administrateurs ou des employés permanents du Centre et qui demeure souple pour faire droit aux multiples variations ou imprévus de la vie;
- une politique d'emploi qui fasse place à des types d'emplois pertinents et ouverts en regard de l'intervention communautaire: p.ex. travailleurs communautaires, autodidactes (compétents), bénévoles..;

- une gamme de services ou de programmes assez large pour couvrir les dimensions de l'intervention préventive et collective: des services limités au curatif individuel ponctuel, même en milieu naturel, ne sont pas communautaires;
- une recherche systématique de collaborations et de concertations avec les autres organismes de la communauté, non seulement ceux qui oeuvrent au niveau des services sociaux ou de santé, mais encore ceux qui, d'une façon ou d'une autre, portent et expriment la communauté (v.g. organismes scolaires, municipaux, socio-économiques, clubs sociaux, etc...)
- une accessibilité physique à la population en termes d'heures d'ouverture, de services d'urgence, de localisation, de moyens de transport et de communication;
- un mode de rémunération des médecins qui ne soit pas lié à l'acte mais leur donne la latitude du temps pour une approche plus globale et des interventions préventives collectives: le salariat ou, au minimum, la vacation;
- des sources et des modalités de financement qui ne mettent pas les centres en position de vulnérabilité extrême par rapport à leur bailleur de fonds principal (mais non exclusif); d'une façon ou d'une autre, des fonds issus en partie de la communauté; financement par modes de subventions globales plutôt que par programmes spécifiques ou, surtout, par volume de cas individuels traités (comme la rémunération des médecins à l'acte, cette modalité de financement des centres est non pertinente et nocive à l'intervention préventive et communautaire).

2.6 Une question à acteurs multiples:

L'observateur extérieur, de toute évidence, se perd vite dans le fouillis que représente l'univers des organismes communautaires. Serait-ce consolation pour lui de savoir que nombre d'intervenants de l'intérieur s'y perdent tout autant? Pour essayer d'y voir un peu plus clair, un regroupement a élaboré une grille de classification des organismes communautaires sur un continuum allant de l'individu dans son milieu naturel à l'établissement spécialisé. Malgré les limites inhérentes à tout effort de classification des mille et un visages bigarrés de la vie individuelle et collective, cette grille peut être un outil utile pour y voir un peu mieux. Cette grille est très liée à l'organisation des ressources au Québec et ne pourrait pas s'appliquer, telle quelle, à l'organisation ontarienne par exemple. (10)

ACTION NATURELLE DE BASE		ACTION VOLONTAIRE COMMUNAUTAIRE				ACTION INSTITUTIONNELLE
Auto-solution	Entraide familiale et de voisinage	Assistance bénévole et entraide communautaire	Promotion d'intérêts	Défense de droits	Ressources alternatives communautaires	Réseau public et para-public
Responsabilisation des individus	Réseaux primaires réseaux d'aide naturelle	Groupes formels d'entraide	Groupes d'intérêt (socio-économ., socio-culturel, socio-politique)	Groupes de promotion, de surveillance, de défense des droits	Prestation communautaire de services généraux ou spécifiques (avec ou sans professionnels "formels")	Prestation de services généraux et spécialisés
Prise en charge individuelle	Prise en charge avec et par le milieu					Prise en charge professionnelle et institutionnelle
→ de l'informel — — — — — →						au plus formel

2.7 Une question de processus rigoureux:

L'intervention communautaire n'a rien d'un parcours anarchique, livré aux impulsions ou aux agressivités du moment, bien que certaines manifestations en donnent parfois l'image aux gens de l'extérieur (v.g. marches, conférences de presse, occupations...), toutes manifestations ponctuelles, qui n'épuisent pas la démarche d'ensemble. L'intervention communautaire relève du processus à long terme, un processus dont la réussite suppose une réelle rigueur et un respect de diverses étapes: l'analyse objective des besoins, la formulation d'objectifs précis, l'élaboration des "outils" nécessaires à l'intervention en termes d'informations et de connaissances, la mise au point des méthodes et techniques de l'intervention, l'intervention elle-même, l'évaluation. Ce processus, dans la réalité, n'est pas linéaire mais plutôt circulaire, car il s'agit d'une action (promouvoir un changement social concret) et non d'un exercice intellectuel: la vie toujours présente, avec ses imprévus, ses contingences et ses contraintes vient souvent bouleverser "l'ordre théorique". Ce qui importe, c'est que les éléments d'aucune étape ne soient oubliés, car chacune repose en fait sur les autres, même si, dans le concret, il y a souvent plusieurs étapes en cours simultanément.

Autre fait important à noter, les conditions nécessaires de compétence chez les intervenants communautaires. Il ne suffit guère d'être frais diplômé: un diplôme prouve que quelqu'un a fréquenté une institution d'enseignement avec un minimum d'assiduité et qu'il

y a acquis -en principe du moins- un certain nombre de connaissances d'ordre théorique. La compétence en intervention communautaire visant le changement social suppose bien sûr des connaissances techniques minimales, sanctionnées ou non par un diplôme; mais elle suppose surtout une culture générale solide, au sens fort du terme, aux plans de l'anthropologie, de l'histoire, des caractéristiques fondamentales de l'être humain; elle suppose encore la capacité de comprendre les aspects structurels fondamentaux de la société; elle suppose enfin une bonne identité personnelle au plan éthique (puisque des valeurs, individuelles et collectives, sont en jeu), ce qui relève de la maturité, de l'expérience vécue et non d'abord des connaissances théoriques. Au risque de caricaturer quelque peu, on pourrait dire qu'un intervenant devient enfin prêt à faire de l'intervention communautaire lorsque rendu à une réelle maturité adulte. Dans les faits, les intervenants communautaires sont assez souvent très jeunes et beaucoup sont déjà passés à des occupations plus tranquilles à l'âge où ils auraient enfin toutes les conditions requises pour faire de l'intervention communautaire. Est-ce dû au fait qu'à cet âge, on est généralement trop installé dans la vie pour s'exposer aux péripéties de l'intervention communautaire ou tout simplement pour vouloir encore des changements sociaux? Cette dernière question relève des choix éthiques et non des connaissances acquises.

3. UNE HYPOTHESE DE "MODELE" DE CENTRE COMMUNAUTAIRE

Dans le concret quotidien, ce serait quoi un centre vraiment communautaire aujourd'hui? Il y a abondance de discours de type idéologique ou symbolique sur les orientations et l'importance socio-politique du communautaire; il y a aussi des analyses spécifiques sur l'un ou l'autre aspect du communautaire (p.ex.: la participation des citoyens aux conseils d'administration, l'approche globale, la prévention, etc...). Nous émettons comme hypothèse de base que, pour être communautaire, un centre doit posséder un certain nombre de caractéristiques (ou indicateurs) en même temps, à divers niveaux:

- au niveau de ses orientations générales (niveau qui rejoint davantage l'aspect idéologique ou symbolique),
- au niveau de l'organisation de son fonctionnement quotidien (administratif, professionnel),
- au niveau de son financement (sources, modalités).

Nous sommes conscients que, dans la réalité, il n'existe pas de centre communautaire à 100%, compte-tenu de la complexité de la nature humaine et du fonctionnement des organisations... outre d'autres facteurs extérieurs (v.g. statut juridique, financement, etc...). Nous savons aussi le "modèle" ici proposé éminemment discutable: choix des indicateurs, caducité de certains aspects (la mobilité du communautaire!), etc..., mais cela n'empêche pas de vouloir y voir plus clair.

Bref, ce serait quoi un centre communautaire?

"Modèle" de Centre communautaire	
Considérants	Indicateurs communautaires
ORIENTATIONS • Philosophie d'intervention: l'intervention communautaire se fonde sur une approche spécifique, très différente de l'approche strictement "technicienne".	- Approche globale intégrant la santé et le social; gamme large de modalités et de types d'interventions; ouverture constante à de nouvelles perspectives.
• Participation de la population aux plans de l'identification des besoins et des décisions concernant les services et les programmes; au plan de l'analyse des besoins du milieu en regard de la décision de créer le Centre	- Comités consultatifs statutaires, - comités décisionnels spécifiques, en lien avec le C.A - mécanisme d'élection au C.A (plutôt que sélection), avec représentation significative de la population de base, - comité promoteur communautaire ou incluant la communauté.
• Statut des utilisateurs des services (individus et/ou groupes) - clients (idéologie plutôt néo-libérale); - bénéficiaires (idéologie plutôt techno-bureaucratique); - partenaires (idéologie plutôt socio-communautaire).	- Partenariat (tant les intervenants et le Centre que les utilisateurs individuels et la communauté.
• Rôle de l'Etat et liens avec l'Etat: Idéalement, le communautaire à l'état pur n'a pas besoin de l'Etat. Dans les faits, le communautaire ne peut se développer et se maintenir sans intervention et présence de l'Etat. Reste à voir quel niveau de gouvernement est le mieux placé pour garantir le communautaire. Par ailleurs, dès que l'Etat finance, il serait irresponsable de le vouloir complètement absent. Il apparaît logique aussi qu'un	- Définition par le gouvernement fédéral et/ou provincial: • d'un cadre juridique global pour les centres communautaires; • de critères d'accessibilité et de non-discrimination garantissant les services à toute la communauté; • de la gratuité des services • du statut privé des centres communautaires locaux.

.../...

Considérants	Indicateurs communautaires
communautaire territorial crée des liens avec le gouvernement municipal (formels ou informels).	- Absence du C.A./ou présence mineure du gouvernement municipal seulement. - Délégation réelle de pouvoirs au centre pour la gestion et les programmes, à l'intérieur d'orientations acceptées par les parties. - Participation financière adéquate, mais jamais à 100% (quel que soit le niveau de gouvernement).
FONCTIONNEMENT • Le Conseil d'administration: sans C.A., le centre appartiendrait à ses dirigeants seuls. Encore importe-t-il que le C.A. ait un fonctionnement statutaire démocratique, ce qui suppose certaines conditions.	Un C.A. dont les membres ou la plupart sont élus par la communauté, pour des mandats à termes (2, 3 ans); un C.A. qui travaille réellement sur de vraies questions, à un rythme de réunions suffisant (au strict minimum 6 réunions/an).
• Le personnel: Le type de personnel engagé, leur formation, leur statut, leur expérience: tout cela aide ou non l'ouverture communautaire. A considérer aussi le nombre adéquat: assez pour permettre une approche globale, mais pas trop, pour éviter la lourdeur bureaucratique ou institutionnelle. Cela dépend des mandats, mais un centre de 100 employés et plus risque une certaine lourdeur. Si applicable, considérer le facteur ethnique. Idéalement aussi, un personnel communautaire réside dans sa communauté.	- La compétence est toujours requise pour tous. Outre les professionnels requis pour les services de base, engagement de personnels communautaires et ouverture à engager de "nouveaux" personnels issus de la communauté: autodidactes, bénévoles. Ouverture aussi à des personnels d'interventions alternatives. - Nombre idéal difficile à chiffrer a priori parce que lié au mandat. Le nombre idéal est celui qui permet de remplir ce mandat sans surcharge continuelle, sans doublages ou lourdeurs inutiles avec un encadrement minimal et un climat relationnel qualitatif (à titre d'image: niveau PME).

.../...

Considérants	Indicateurs communautaires
	- Représentation ethnique adéquate dans le personnel.
• Organisation du travail: la pratique en solo ou en équipes unidisciplinaires est inadéquate pour réaliser une approche globale collective.	Regroupement des personnels en équipes de travail, multi ou pluridisciplinaires.
• Gamme de services/programmes: l'intervention ponctuelle de type curatif individuel est nécessaire; mais en soi elle n'est pas communautaire: elle est à situer dans un ensemble.	Services de base incluant des services de prévention et d'intervention collective.
• Objectifs, procédures, consignes...: la légitimité des objectifs d'un centre communautaire vient de la communauté. Les procédures, consignes... relèvent de la régie interne du centre, mais la rigidité ou, à l'inverse, l'arbitraire peut bloquer tout le processus communautaire; au-delà des plus beaux objectifs il est facile d'égarer les non-initiés dans la "tuyauterie".	- Mécaniques de décision et d'appropriation des objectifs par la communauté; - application claire et souple des procédures et consignes, avec toujours ouverture à l'imprévu ou l'inédit et possibilité de changements quand inadéquation. Possibilité de remises en question à ce niveau.
• Relations avec la communauté et ses organismes: ni l'isolement, ni les collaborations uniquement ponctuelles ne sont communautaires.	- recherche systématique de mécanismes de collaborations et/ou de concertations statutaires; - appartenance à un ou des regroupements d'organismes locaux ou régionaux.
• Rémunération des employés: le salariat est le mode de rémunération le plus adéquat pour tous, y compris les médecins (pour une médecine préventive et collective). En démocratie communautaire, des écarts importants d'échelles de salaires selon les catégories d'employés sont un contre-sens.	- salariat pour tous, y compris les médecins (ou à vacation pour ces derniers); - échelles de salaire relativement homogènes; - pas de privilèges pour personne (ou alors pour tous); - mécanismes de reconnaissance de l'excellence (pas nécessairement en dollars).

.../...

Considérants	Indicateurs communautaires
• Accessibilité physique: un centre communautaire n'est pas la propriété de ceux qui y travaillent mais bien la propriété de la communauté. Ce qui ne signifie guère le "free for all".	- Locaux adéquats ("être chez nous"); - localisation, moyens de transport et de communication adéquats; - heures d'ouverture adéquates (quantité et moments); - service d'urgence ou, sinon, possibilité de rejoindre les personnes requises assez facilement.
FINANCEMENT • Au-delà du fait d'avoir un financement adéquat pour fonctionner, la structure et le mode de financement ne sont pas indifférents: une source unique de financement rend l'autonomie du Centre très vulnérable; par ailleurs, il est logique qu'un centre communautaire soit financé en partie par la communauté (l'appropriation passe aussi par là). • Le mode de financement est important aussi: le financement par volume de "cas" est anti-communautaire; le financement par programme risque de brimer l'autonomie; le financement global ou par capitation (système coopératif) offre les meilleurs possibilités de développer une intervention communautaire.	- sources de financement diversifiées (en tout cas, pas une seule); - une part de financement communautaire; - mode de financement global (en fonction des services ou par capitation) avec autonomie opérationnelle; - favoriser d'abord la communauté et la population et non le centre ou les professionnels.

Chapitre II. DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LEUR CONTEXTE GLOBAL

Au-delà des nécessaires clarifications ou définitions à établir en regard du communautaire, existe une situation globale du communautaire au Québec et en Ontario.(11) L'intervention communautaire, comme les autres domaines d'intervention, y est questionnée par un certain nombre de grandes questions de société, actuellement débattues. De l'issue de ces questions peut dépendre le développement ou l'anémie des services communautaires locaux.

1. SITUATION GLOBALE DU COMMUNAUTAIRE AU QUEBEC ET EN ONTARIO

Au Québec...

Au Québec, existe un réseau étatique à peu près complet de Centres locaux de services communautaires (153 sur un réseau total éventuel de 174, qui couvrira tout le territoire). Ce réseau a fait sienne, au départ, la mission de fournir les soins de santé primaire, selon la définition qu'en donne l'organisation mondiale de la santé: intervention globale, intégration du social, de la santé et du communautaire, participation des citoyens à leur propre santé, souci de la prévention et du dépistage.(12) Dans la réalité, l'histoire encore jeune des CLSC a été assez perturbée (et parfois perturbante) pour diverses raisons, ce qui a nui à la réalisation

intégrale de la mission dévolue, sans toutefois les empêcher de réussir des réalisations impressionnantes et novatrices. Suite au rapport récent du Comité Brunet, il est loisible de penser que le ministère de la Santé et des Services sociaux va, enfin, préciser davantage leur mission et leurs programmes (ce qui, entre autres aspects, permettra aussi aux autres acteurs du communautaire d'identifier plus clairement leur propre espace). Reste la situation de base suivante: l'Etat décide de la création des centres, définit les missions et programmes, tient le rôle d'employeur direct, fixe les conditions de travail et le nombre de postes, finance à 100%, définit la composition du Conseil d'administration et en nomme une certaine partie des membres. Cette situation d'une part crée des contraintes et des limites importantes à l'autonomie des centres et, d'autre part, amoindrit considérablement la participation réelle de la communauté. (13) Jusqu'où peut vraiment aller l'intervention communautaire de tels centres étatiques? Qu'advient-il des besoins communautaires qui ne correspondent pas à la mission des CLSC -et il en est- dès lors que presque toutes les ressources d'interventions communautaires sont investies dans ce réseau? Qu'advient-il, en particulier, des besoins communautaires dont la solution relève de communautés d'intérêt ou d'appartenance, dès lors que l'Etat mise pratiquement toutes les ressources sur le communautaire territorial?

Au Québec, existe aussi une foule d'organismes volontaires communautaires, dont certains bien antérieurs aux CLSC. Issus de la communauté (locale ou d'intérêt ou d'appartenance), ils ont évolué au fil du temps. Les comités de citoyens des années 60 axés sur les besoins locaux de quartier dans une perspective réformiste, et les groupes de lutte des années 70 axés sur la critique sociale et l'action politique ont eu une foule de successeurs de tous genres: groupes de lutte axés sur le changement social, groupes de pression, groupes de services, groupes d'entraide; et cela en de multiples domaines: jeunes, femmes, personnes âgées, handicapés, familles, etc... Une véritable mosaïque, de plus en plus nombreuse, qui manifeste à l'évidence l'existence d'un souci de se prendre en charge, d'être actifs et non consommateurs passifs. Ce dynamisme communautaire se heurte toutefois à une dure réalité qui risque de lui être fatale: la réalité du sous-financement chronique des O.A.V. allant de pair avec la non-reconnaissance formelle de leur action.(14) Les O.A.V. ont le sentiment très net de n'être intéressants que dans la mesure où ils acceptent d'être complémentaires au réseau étatique. Complémentaires, c'est-à-dire vulnérables quant à leur autonomie, obligés d'occulter parfois leur mission originelle spécifique pour endosser des objectifs étatiques; ce qui leur permettra de survivre... au moins pour quelques mois, car le financement étatique n'est jamais récurrent. Le financement issu d'autres sources (fondations, entreprises, clubs, communautés religieuses, Centraide) n'est jamais récurrent non plus et, hormis quelques exceptions, constitue plutôt un financement d'appoint qu'un

financement de base. Malgré cela, au prix d'un certain héroisme parfois, beaucoup réussissent à survivre et de nouveaux groupes naissent sans cesse. Dans quelle mesure, une telle situation manifeste-elle la récupération de la société civile par l'Etat? La situation québécoise ne laisse pas d'être paradoxale: d'un côté un réseau étatique qui, de par son statut et ses conditions, est limité réellement pour faire du communautaire au plein sens du terme et qui pourtant est doté des ressources pour en faire; d'un autre côté des centaines et des milliers d'organismes volontaires, directement issus des communautés, qui pourraient réellement faire du communautaire mais n'ont pas les moyens adéquats. C'est le choix de type techno-bureaucratique qu'a fait l'Etat québécois (type de choix autre que celui de l'Etat-Providence, même si on les confond indûment). Reste à savoir si la pression des groupes volontaires pourra arracher la reconnaissance formelle de leur action (reconnaissance professionnelle et budgétaire) ou s'ils sont condamnés à disparaître l'un après l'autre.

En Ontario...

En Ontario, existe un fonctionnement différent. Deux ministères distincts se partagent la responsabilité de la santé et des services sociaux, choix qui ne favorise pas l'intégration des services sociaux et de santé au niveau de la prestation locale des services. Les deux ministères fonctionnent avec des principes de base analogues: promouvoir un système diversifié pour une population qui est hétéroqène; maximiser l'efficacité et

l'efficience des services; recourir le plus possible à des organismes privés à buts non lucratifs et à l'implication de la communauté pour la fourniture des services. Au moins deux de ces trois principes diffèrent clairement des politiques québécoises en la matière, le Québec ayant opté pour un même système universel et pour l'intervention directe et généralisée du réseau public. Traditionnellement, en Ontario, les gouvernements municipaux ont été et demeurent impliqués dans la fourniture des services, et en fournissent environ 20% du financement pour les services sociaux et 25% pour les services de santé: ceci aussi diffère de l'actuelle situation québécoise, où le gouvernement provincial a repris des municipalités les responsabilités qu'elles assumaient en ces domaines il y a encore quelques années. La direction centrale du ministère des Services sociaux communautaires élabore les politiques du ministère; mais ces politiques sont coordonnées régionalement. Dans tous les cas, en santé et en social, le gouvernement provincial préfère accorder des subventions à des organismes pour fournir les services plutôt que de le faire lui-même. Pour obtenir le financement requis, il revient aux citoyens ou à une communauté de réaliser une étude de besoins étayée et de présenter un programme évalué adéquat.

En soi, le système ontarien a des forces certaines et offre des atout indéniables au developpement d'une intervention communautaire: système pluraliste, recours aux organisme privés non lucratifs mis en place par les communautés, délégation régionale des pouvoirs de coordination en social, participation du gouvernement municipal.

L'ensemble du système semble d'ailleurs fonctionner sans trop de heurts, malgré son hétérogénéité, dans la mesure où la prestation des services se fait dans les paramètres traditionnellement reconnus. Outre la pratique médicale traditionnelle en solo ou en groupe -qui constitue l'immense majorité puisque la Commission Mustard estimait, en 1982, que les nouveaux centres ne donnaient des services qu'à environ 200 000 Ontariens sur 8 millions, soit 2,5% de la population- le ministère de la Santé accepte d'appuyer quelques nouvelles formes d'intervention qui émergent, comme les Health Service Organizations (H.S.O., de type pratique médicale de groupe, dont il existait 23 en 1985) ou les Community Health Centres (C.H.C., type le plus ressemblant aux CLSC du Québec, mais privés, dont il existait 12 en 1985). Le ministère des Services sociaux communautaires finance environ 1800 agences ou organismes volontaires et la Loi prévoit divers types de services, dont des services sociaux communautaires d'appoint qui ne sont pas centrés sur l'individu mais visent à améliorer le support social des populations à risque.

Dans la réalité, le pouvoir de base demeure entre les mains du gouvernement provincial de par son pouvoir de reconnaissance et d'accréditation, ce qui oblige les organismes communautaires à se conformer aux critères ministériels pour être financés. Dans la réalité encore, les initiatives communautaires les plus novatrices, comme les Community Health Centres en santé, ne sont pas définis par la Loi et le Ministre de la Santé n'a aucune obligation légale de les financer (15). Même s'il existe une certaine "tradition" à cet

égard et une certaine garantie de survie à court ou à moyen terme, ces C.H.C. vivent une réelle insécurité. Par ailleurs, les Centres de santé sont généralement de petite taille et ont des missions très spécifiques (et un personnel en conséquence), ce qui limite les possibilités de réaliser une approche communautaire. De plus, la séparation de la santé et du social, sauf en quelques rares centres polyvalents, compromet assez radicalement la réalisation d'approches globales, écologiques. Enfin, surviennent aussi des situations de conflits ou de concurrence locale entre les intérets des élus municipaux et ceux des centres de santé ou de services sociaux. Tout récemment, le ministère de la Santé a fait des ouvertures dans un sens plus communautaire, mais il faut compter avec la méfiance des pouvoirs municipaux envers des innovations à la décision desquelles ils n'ont pas participé et pour lesquelles ils auront à débourser leur quote-part sur des budgets déjà surchargés.

En réalité, on se trouve plutôt en présence d'une stratégie de services, chapeautée par des conseils d'administration qui puisent leur origine dans la communauté. Il s'agit davantage d'une position pragmatique pour donner les meilleurs services possibles aux meilleurs coûts, sans l'embarras de structures bureaucratiques uniformes et lourdes, que d'un parti-pris de développement communautaire global. Car dans l'ensemble, l'approche communautaire semble assez peu présente. De plus, ce système fait face à des problèmes tels que le risque d'éparpillement, la complexité et le doublage entre les services dépendant des municipalités et ceux qui dépendent du provincial, le risque d'inégalités des services, le

manque de planification locale, le manque de standards de reconnaissance et d'accréditation pour les nouveaux projets comme les C.H.C. Là où le Québec a peut-être trop systématisé, règlementé et imposé une omniprésence étatique, l'Ontario l'a-t-il assez fait? Il reste toutefois à l'Ontario la force de l'implication traditionnelle de citoyens -sinon des communautés- dans leurs services communautaires, ce qui crée une sorte de lien interactionnel continuel entre l'Etat et les populations locales; la force, aussi, d'avoir réussi à respecter l'hétérogénéité de la population, par l'invention d'un système pluraliste; la capacité, enfin, de s'organiser de façon très pragmatique face aux imprévus ou aux changements. C'est peut-être un peu cela que manifeste aussi cette sorte d'éveil ou de bouillonnement communautaire que connaît actuellement le Québec. Mais au Québec, les initiatives des citoyens doivent forcer pour voir le jour et s'y maintenir car la place est déjà occupée par les réseaux étatiques, alors qu'en Ontario, les initiatives communautaires sont souhaitées et promues. Quoi qu'il en soit, les deux systèmes baignent dans un flot de questions globales de société, plus larges que les frontières provinciales et dont l'issue concerne directement le devenir de leur communautaire respectif.

2. UNE MOSAIQUE DE QUESTIONS

Ce n'est pas ici le lieu d'analyser des questions, par ailleurs largement débattues, mais de noter les liens entre ces questions et le devenir possible des services communautaires locaux.(16)

2.1 L'économique et le communautaire

La perturbation économique des années 70, accompagnée de la prise de conscience de la croissance continue des coûts en santé et en social, a créé un climat nouveau dans la plupart des pays occidentaux. Des Etats habitués à investir et à s'investir ont dû réagir à l'insatiable appétit de leurs propres services publics, eux-mêmes débordés par la consommation de plus en plus massive de services d'une population accoutumée désormais à obtenir satisfaction automatique à ses demandes. On parle de privatiser des services publics; on invoque la responsabilité des citoyens; on promeut le bénévolat. Il ne fait pas de doute que ces appels à l'initiative privée correspondent à des valeurs humaines et historiques profondes dans la culture nord-américaine (anglophone surtout), valeurs que le processus d'étatisation avait quelque peu occultées. Mais s'agit-il d'un retrait de l'Etat pour, avant tout, faire des économies, en laissant jouer la loi marchande de l'offre et de la demande? L'histoire a déjà montré la cruauté injuste de ce système envers les moins favorisés. Y revenir constituerait une régression historique par rapport à certains acquis fondamentaux en

termes de droits sociaux. Dans cette hypothèse, le souci du développement communautaire est absent. Par contre, s'il s'agit d'alléger certaines lourdeurs étatiques, de créer une place aux citoyens là où l'Etat avait occupé tout l'espace, tout en gardant une présence étatique qui garantisse à tous les droits sociaux acquis, un développement communautaire devient possible. Cela suppose que la perspective de développement social global prime sur la perspective uniquement et immédiatement économique (sans exclure nullement les impératifs économiques actuels).

2.2 La désinstitutionnalisation et le communautaire

Les coups de boutoir d'un Ivan Illich contre les systèmes institutionnels -simples rêveries d'idéaliste pour beaucoup de technocrates ou de professionnels qui voyaient dans l'institution le lieu et le moyen idéal de solutionner dans l'ordre à la fois administratif et scientifique la plupart des problèmes sociaux et de santé- se sont paradoxalement trouvés relayés par des considérations économiques. La perspective de désinstitutionnaliser a pris une nouvelle valeur cependant que le milieu naturel s'est trouvé, d'un coup, paré de nouvelles vertus. S'agit-il avant tout de filtrer l'entrée dans un système coûteux et d'en faire sortir le plus de monde possible pour économiser, sans considération réelle des besoins? S'agit-il pour les pouvoirs- publics-bailleurs-de-fonds d'implanter une meilleure imputabilité et un meilleur contrôle? S'agit-il, à la faveur d'une nouvelle vision écologique de la santé,

d'une prise de conscience de la relativité du seul ordre institutionnel (administratif et scientifique) en regard de la santé globale? L'appel aux ressources communautaires -qui, effectivement pourraient tenir un rôle majeur dans ce processus- va-t-il continuer à demeurer une formule incantatoire vide de ressources réelles mais commode pour donner l'apparence d'offrir une alternative? Le communautaire risque d'y laisser sa peau si le processus de désinstitutionnalisation continue à se faire aussi sauvagement que maintenant, sans considération des besoins réels: il sera loisible, après coup, quand les institutions auront de nouveau récupéré leurs patients, de plaider le défaut du communautaire... auquel on n'aura jamais donné des moyens adéquats pour remplir des mandats confiés d'en haut ou de l'extérieur. Par contre, avec des moyens adéquats, le communautaire -au sens de communautés d'intérêt et d'appartenance surtout- pourrait faire de cette désinstitutionnalisation une opération enrichissante, non seulement pour les personnes institutionnalisées, mais pour toute la société. De surcroît, l'opération serait économique. Cela supposerait évidemment que les pouvoirs institutionnels -administratifs et professionnels- acceptent de reconnaître l'approche communautaire telle que définie plus haut.

2.3 La déréglementation et le communautaire

Concurremment à la phase d'institutionnalisation s'est développé au Québec un processus majeur de professionnalisation: naissances nombreuses de nouvelles professions et de corporations

professionnelles, élaboration de codes et règlements de toutes sortes, identification d'espaces réservés d'interventions, spécialisations multiples. Il est certes important d'éviter l'amateurisme et surtout le charlatanisme et de se donner des garanties de qualité professionnelle; nul n'a jamais fini de devenir compétent. En ce sens, la société n'a probablement rien à gagner dans un processus sauvage de déréglementation qui ouvrirait les portes à des aventuriers de tout acabit. Dans quelle mesure toutefois a-t-on assimilé et réduit les besoins réels de la population à la définition (ou "diagnostic") que chaque profession en donne et aux solutions que chaque profession peut proposer (chacune disant détenir "la" solution)? Dans quelle mesure, une approche aussi analytique des besoins de l'individu ou de la collectivité rend-elle justice à la globalité qu'est chaque individu et chaque collectivité? Peut-elle même l'appréhender sans sortir de son champ professionnel spécifique? C'est dans ce contexte que se posent, à la fois aux plans administratif et professionnel, la question de faire place à des pratiques alternatives et à des autodidactes compétents, la question de la pluri ou de la multidisciplinarité, la question du travail professionnel en solo ou en équipes. Et ces questions sont capitales pour des centres communautaires locaux, directement aux prises avec des situations globales qui commandent des approches globales. C'est aussi dans ce contexte que se pose la situation de l'utilisateur des services: client qui achète un service? bénéficiaire du savoir professionnel d'un spécialiste? partenaire impliqué activement avec son propre savoir et ses propres solutions à ses problèmes avec

l'aide du savoir d'une personne compétente? L'appel à la déréglementation correspond à des valeurs humaines fondamentales de dignité et d'autonomie quelque peu occultées par l'appropriation du domaine de la santé et des services sociaux par les professionnels. Mais quelles aventures ouvrirait une déréglementation sauvage qui ferait sauter des garanties minimales patiemment acquises?

2.4 Les visages de l'Etat et le communautaire

Au coeur de ces questions agissent de multiples acteurs aux intérêts spécifiques, divergents, contradictoires même. Leurs pouvoirs respectifs sont d'autant plus forts qu'ils sont organisés (17) ce qui, d'ailleurs explique le peu de pouvoir du communautaire, évoqué par tous mais si éparpillé. Un acteur, en particulier, tient une position centrale à cause de ses pouvoirs spécifiques et de son rôle (minimal) d'arbitre ultime: l'Etat, c'est-à-dire d'abord le gouvernement élu, et ensuite, l'appareil administratif direct de l'Etat qu'est la fonction publique (non élue et permanente). Tenant une position centrale, il est aussi, inévitablement, une cible centrale des questions actuelles.

L'intervention de plus en plus poussée du pouvoir étatique dans la plupart des domaines s'est faite en réaction aux carences de l'Etat libéral qui voulait se limiter au maintien de l'ordre public dans le respect des droits civils de chaque citoyen. C'est ainsi que sont nés progressivement ces Etats qu'on a appelés

Etat-Providence. Au Québec, où il fallait urgemment créer un Etat et une société modernes, les pouvoirs publics se sont massivement impliqués dans tous les domaines. Ce type d'intervention étatique a un prix, le prix que doit payer toute société qui laisse libre cours à la techno-bureaucratie. Il importe toutefois de discerner, dans les questions ou attaques contre l'Etat-Providence, quelle est la cible réellement visée. Attaque-t-on le principe même de l'Etat-Providence avec le voeu d'en revenir au système libéral ou néo-libéral d'hier, ce qui serait une régression par rapport au processus historique d'acquisition des droits sociaux et signifierait l'arrêt de mort du développement communautaire? Vise-t-on des carences ou des abus de type techno-bureaucratique dans l'Etat-Providence sans remettre en cause ni le principe de base de l'Etat-Providence ni les droits sociaux acquis? En cette dernière hypothèse, il s'agit de corrections, de rajustements d'un Etat qui, pour faire vite, a dû massivement intervenir sans pouvoir éviter le prix négatif de ce type d'intervention (appropriation techno-bureaucratique), mais qui, une fois établie cette base minimale, continue à promouvoir les mêmes objectifs dans une ligne plus socio-communautaire: cette perspective serait une perspective de continuité historique, non de régression.

Il demeure indéniable que des corrections sont à faire, ne serait-ce qu'à cause de l'argument économique. Mais au-delà de cet argument et plus profondément, la force de plus en plus grande de nouveaux courants culturels en ce qui concerne le domaine des services sociaux et de santé (conception écologique de la santé vs

la maladie, approche globale, multidisciplinarité, partenariat de la population, implication communautaire, etc...) ne peut plus être oubliée ou considérée comme lubies d'idéalistes impénitents. Pour les tenants d'une telle vision de l'évolution sociale -et il en est dans tous les pays occidentaux-, il est impensable d'en revenir au régime néo-libéral de l'offre et de la demande, régime dont l'histoire a montré les effets pervers (et ce, même si les gouvernements actuels de la plupart de ces pays affichent des sympathies clairement néo-libérales). Il est tout aussi impensable de ne rien faire face à l'appropriation des systèmes de services sociaux et de santé par la techno-bureaucratie et face à la courbe

croissante des coûts en ce domaine. En d'autres termes, non seulement ils tiennent aux acquis en matière de droits sociaux, mais encore veulent-ils développer le caractère démocratique de leur mise en oeuvre; eux aussi font appel à la responsabilité des citoyens, aux forces des milieux naturels, à la décentralisation des pouvoirs, au développement de l'économie (une économie de partage et non de profit comme l'actuelle), mais en lien avec l'Etat, avec son aide et non en son absence. En somme, il s'agit de développer une nouvelle perspective, pour l'instant balbutiante, que d'aucuns nomment déjà "socio-communautaire" (en regard de "néo-libéral" ou "socio-étatique"); une perspective foncièrement démocratique, parce que soucieuse de tous et non récupérée par des privilégiés comme dans le régime libéral, parce que soucieuse du rôle dynamique des communautés et non assujettie au règne de la techno-bureaucratie. Il est bien évident que seul l'avènement de cette

perspective socio-communautaire ouvrira la possibilité d'un réel développement communautaire puisque la vie communautaire fait partie intégrante de son identité.

Cette première partie a posé beaucoup de questions qui touchent, directement ou indirectement, l'objet précis de la recherche. Il serait vain d'attendre ici réponse à toutes ces questions, en particulier celles du deuxième chapitre (qui pourraient faire l'objet de bien d'autres études).

Une fois située le cadre global du communautaire, la question spécifique à laquelle veut et peut répondre la recherche est la suivante : en regard du modèle conceptuel de centre communautaire proposé, quels sont les orientations, les modes de fonctionnement et de financement des centres communautaires locaux de services sociaux et de santé qui ont participé à l'étude; et ce, selon qu'ils sont ontariens ou québécois, à statut d'établissement public ou d'organisme d'action volontaire (ou privés à buts non lucratifs). C'est l'objet de la deuxième partie de la recherche.

Quant aux autres questions évoquées dans la première partie, elles recevront, à l'occasion, des éléments de réponse. Mais ils seront proposés de façon incidente ou implicite et non de façon systématique et articulée (ce qui déborderait le cadre spécifique de la recherche). Cela se fera surtout dans la troisième partie qui propose quelques éléments de prospective à partir à la fois des informations recueillies (partie II) et des perspectives conceptuelles (partie I).

PARTIE II

LES FAITS RECUEILLIS - BILAN

Chapitre III. DONNEES METHODOLOGIQUES

Le matériel pour l'étude a été recueilli de trois façons principales: une étude de la bibliographie disponible, un questionnaire d'information sur les Centres, une série d'entrevues. En ce qui concerne l'étude de la bibliographie, on trouvera en fin de rapport un état de la bibliographie consultée; outre cette bibliographie, les chercheurs ont aussi eu accès à un certain nombre de mémoires soumis à la Commission Rochon et à des textes internes aux travaux de la Commission (textes non disponibles à l'externe).

1. LE QUESTIONNAIRE

1.1 Contenu du questionnaire

Le texte du questionnaire est joint en annexe. Soumis à deux validations externes auprès de huit experts (universitaires, professionnels du réseau de la Santé et/ou des Affaires sociales), ce questionnaire comprend soixante-quinze (75) questions. Le fil conducteur qui a guidé la création du questionnaire était clair: après avoir analysé les notions de communauté, d'intervention communautaire et élaboré une hypothèse de modèle de centre communautaire, il s'agissait de traduire les éléments de ce modèle

en autant de questions, directes ou implicites. Les réponses aux questions devraient normalement éclairer trois points:

- fournir des informations sur le vécu communautaire réel de centres locaux communautaires;
- établir une double comparaison entre le communautaire vécu d'une part en Ontario vs au Québec, d'autre part dans les centres publics vs dans les organismes d'action volontaire;
- permettre, ultimement, à partir de cette "confrontation" entre le modèle théorique et la réalité concrète, de vérifier quelque peu la pertinence du modèle en regard de la réalité et de discerner des perspectives d'avenir communautaire à développer dans la réalité.

En somme, le questionnaire présente une série de questions qui couvrent les trois grandes parties du modèle théorique (même si elles y sont présentées dans un ordre différent):

- les orientations des centres,
- le fonctionnement des centres,
- le financement des centres.

1.2 Destinataires du questionnaire

Au total, trois-cent-vingt-trois (323) questionnaires ont été envoyés à trois-cent-vingt trois (323) centres différents, dont cent-soixante-trois (163) en Ontario et cent-soixante (160) au Québec. Une lettre de rappel a suivi, trois semaines après le questionnaire.

Les chercheurs se sont heurtés à diverses difficultés que - compte-tenu de délais à respecter et des ressources très modestes du projet- ils estiment avoir assumées le mieux possible:

- une difficulté d'identification au niveau du genre de centres: l'univers de l'intervention locale communautaire en santé et en social grouille d'une foule d'établissements ou d'organismes dont les missions, les mandats, les interventions, la taille, le statut administratif varient considérablement. Par ailleurs, s'il est assez aisé de cerner le concept d'intervention en santé, au sens traditionnel du terme (l'acte curatif individuel), il est plus difficile d'en identifier les contours dans une perspective écologique. Quant au domaine social, la situation est encore plus complexe: où commence exactement une intervention sociale, au sens technique du terme? Peut-on identifier clairement les interventions sociales spécifiques de centres communautaires dits de première ligne par rapport à celles de centres de deuxième ligne? On connaît bien la difficulté fréquente de démarquer le court du long terme, le préventif du curatif. De plus, si l'intervention d'un certain nombre d'organismes est relativement facile à situer de par leur statut ou leur mission spécifique (v.g. un centre de réadaptation, un centre de services sociaux, une maison de jeunes, un club du 3e âge...), l'intervention de nombres d'organismes (volontaires surtout) demeure souvent plus globale, allant de la zone du loisir à celle de l'acte clinique technique. Enfin, la

distinction de par le type de professionnels engagés n'est pas toujours parfaitement claire: des travailleurs sociaux peuvent se limiter à l'intervention clinique individuelle traditionnelle, tout comme ils peuvent faire des interventions plus globales de type communautaire collectif; des bénévoles ont parfois une formation professionnelle formelle; des autodidactes, sans statut professionnel formel, peuvent avoir acquis des éléments de compétences et poser des gestes professionnels. En tout état de cause, ont été retenus les indicateurs suivants pour retenir les centres destinataires:

- des centres clairement identifiés comme donnant des services locaux en santé, en social ou en santé et social intégrés (p.ex.: CLSC au Québec, Community Health Centres ou Family Services ou Children Aid Society en Ontario); on a considéré que ces centres fournissent des services de base à l'ensemble d'une communauté locale ou territoriale (sans exclure totalement la communauté d'appartenance ou d'intérêt);
- des centres communautaires à mission plus spécifique; les catégories retenues sont les suivantes: centres pour jeunes, centres pour femmes, centres pour alcooliques/toxicomanes, centres pour le 3e âge, centres pour handicapés physiques, centres de santé mentale; on a considéré que ces centres répondent davantage à la notion de communauté d'appartenance ou d'intérêt (sans exclure totalement la communauté locale ou territoriale); le type de

services offerts par ces centres couvre un éventail très large, difficile à caser dans des distinctions strictes telles que santé ou social, préventif ou curatif, première ou deuxième ligne, court ou long terme, etc... En réalité, ils sont aussi complexes et mélangés que le trafic de la vie sociale;

- en ce qui concerne les services communautaires, un choix méthodologique et conceptuel s'imposait: soit retenir la dimension communautaire comme une série de services s'ajoutant de façon distincte aux services sociaux et/ou aux services de santé; soit, de façon plus restrictive, considérer la dimension communautaire comme une dimension, une caractéristique inhérente aux services donnés en santé et/ou en social. Cette dernière hypothèse a été retenue, mais le questionnaire, toutefois, permet de rendre compte aussi de projets communautaires spécifiques non identifiables d'emblée à la santé ou au social.

- <u>une difficulté de type technique, au niveau de l'identification des centres</u>: en Ontario comme au Québec, existent une foule d'annuaires ou répertoires de tous ordres au niveau d'une ville, d'une communauté urbaine ou même d'une région. Par ailleurs, il existe des annuaires par réseaux ou par regroupements. Le problème est d'une part d'identifier ces annuaires, de pouvoir les consulter et, d'autre part, d'obtenir des annuaires à jour (dimension importante compte-tenu de la mobilité générale de nombre d'organismes commu-

nautaires: il en naît et il en meurt fréquemment; des adresses changent, etc...). Ni au Québec, ni en Ontario, à notre connaissance, n'existe de répertoire provincial qui identifie et tienne à jour une liste de l'ensemble de ce type de ressources.

Pour identifier des centres, plusieurs voies ont été utilisées: liste des organismes d'action volontaire du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; liste des organismes aidés par les dix-sept (17) Centraide du Québec en 1985-86; liste des CLSC (facile à obtenir celle-là!); répertoires ou annuaires de grandes villes ou communautés urbaines du Québec et de l'Ontario; répertoire des ressources communautaires canadiennes publié par le Conseil canadien de développement social (le plus complet... mais datant de 1982!). Autant dire que le choix des centres garde un certain caractère empirique.

- En regard de la <u>dimension géographique</u>, de façon à couvrir l'ensemble des deux provinces, la répartition des centres destinataires du questionnaire s'est faite en fonction des dix régions socio-sanitaires au Québec (incluant le Nouveau-Québec) et des cinq régions téléphoniques en Ontario, en prenant en compte en même temps l'aspect urbain, semi-urbain ou rural. Ici encore, le souci réel de représentativité de l'ensemble des populations des deux provinces n'a pu éviter un certain empirisme.

- En regard du statut public ou privé/communautaire des centres, la distinction a été facile à tenir pour le Québec: dans le réseau public, les seuls centres pertinents à l'étude sont les CLSC; tous les autres centres communautaires sont des organismes privés à buts non lucratifs. Pour l Ontario, il en va autrement, mais la très grande majorité des centres possèdent le statut d'organismes privés à buts non lucratifs. Tant au Québec qu'en Ontario, tous ces centres sont incorporés et dotés d'un Conseil d'administration. Aucun centre médical privé à buts lucratifs (v.g. polycliniques...) n'a été retenu car ces centres n'ont pas -ou très exceptionnellement- ni des objectifs communautaires ni une pratique communautaire.

1.3 Le taux de réponses

Le taux de réponses est le suivant:

- réponses pertinentes à la recherche: 99 (Q.: 60; O.: 39)
- réponses non pertinentes : 10
- retours pour fausses adresses : 60

Au total, cela fait un taux de "réaction" de 52,30%, mais seulement un taux de réponses "utiles" de 30,65% (99/323).

En termes de <u>représentativité</u>, compte-tenu de l'impossibilité d'avoir une vue d'ensemble de la situation des centres locaux communautaires (sauf pour les CLSC du Québec), on ne peut généraliser à l'ensemble de ces centres les informations émanant des 99 répondants puisqu'au départ, il était impossible d'établir un

échantillonnage scientifiquement représentatif. Toutefois, les indicateurs retenus pour sélectionner les centres (répartition géographique, zones d'habitation, mission globale ou spécifique des centres, populations-cibles desservies) ont corrigé quelque peu, de façon empirique, l'imprécision de départ et ont permis de créer un "univers de recherche" relativement défini. De la sorte, il est possible d'affirmer, sans risque d'erreur majeure, que les 99 centres répondants sont réellement représentatifs des 323 centres destinataires du questionnaire, c'est-à-dire de l'échantillon retenu. On peut bien se douter que les caractéristiques principales et les tendances majeures de ces 99 centres représentent quelque peu les grandes caractéristiques et tendances de la plupart des centres locaux communautaires du Québec et de l'Ontario: ce faisant, on ne se situe plus toutefois dans le donaine de la démonstration scientifique, mais dans celui d'une extrapolation empirique.

Le tableau ci-joint donne le détail précis de l'échantillon retenu et des réponses obtenues en regard de cet échantillon.

Nombre, répartition géographique et catégories de services des centres destinataires et répondants au questionnaire (réponses retenues). (1er chiffre= Répondant
2e chiffre = Destinataire)

Catégorie de services Province-Régions	Services généraux en santé et/ou en social	SERVICES SPECIFIQUES							Total par région
		Jeunes	Femmes	3e Age	Alcool. toxic.	Hand. phys.	Santé mentale	Ethnie Immig.	
QUEBEC-rég. socio-sanit.									
01-Bas St-Laurent-Gasp.	1/3	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1		1/9
02-Saguenay-Lac St-Jean	3/4	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1		3/10
03-Québec	3/9	0/1	0/2	2/2	1/2	1/2	2/2		9/20
04-Trois-Rivières	2/3	0/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1		3/9
05-Estrie	2/4	0/2	0/1	1/1	0/1	1/1	0/1		4/11
06A-Mtl Métropolitain	6/11	3/3	2/3	2/3	1/3	0/3	3/4	1/4	18/34
06B-Laurent.-Lanaudière	2/4	0/1	0/1		0/1	1/1	0/1		3/9
06C-Montérégie	3/7	1/2	1/2	0/2	0/2	1/2	1/2		7/19
07-Outaouais	2/4	1/1	1/2	0/1	1/1	0/1	0/1		5/11
08-Abitibi-Témiscamingue	1/3		1/2	0/1		1/2	0/1		3/9
09-Côte-Nord	3/4	0/1	0/1	0/1	0/1		1/1		4/9
10A-Kativik	0/5								0/5
10B-Cri-Baie James	0/5								0/5
Total Québec par services	28/66	5/14	5/17	5/14	4/14	5/15	7/16	1/4	60/160

.../...

Catégorie de services Province Régions	Services généraux en santé et/ou en social	SERVICES SPECIFIQUES							Total par région
		Jeunes	Femmes	3e Age	Alcool. Toxic.	Hand. phys.	Santé mentale	Ethnie Immig.	
Ontario-rég. téléphon.									
807-Nord-ouest	1/3	1/1	0/2	0/1	0/1	0/1		0/1	2/10
705-Nord-est	3/11	2/2	0/4		0/1		2/2	0/1	7/21
519-Sud	5/17	1/3	2/5	0/2	0/2	1/3	1/2	1/1	11/35
613-Est	3/13	0/5	0/5	0/5	0/2	0/2	1/1	0/2	4/35
416-Toronto Métropolitain	10/34	3/6	1/4	0/5	0/3	0/3	0/4	1/3	15/62
Total-Ontario par services	22/78	7/17	3/20	0/13	0/9	1/9	4/9	2/8	39/163
Total général par catég. de services	50/144	12/31	8/37	5/27	4/23	6/24	11/25	3/12	99/323

2. LES ENTREVUES

Outre les questionnaires, ont été réalisées vingt-trois (23) entrevues d'une durée de 1h30 à 2h chacune:

- au Québec, onze (11) entrevues au total:
  - 1 permanent de la Fédération des CLSC du Québec
  - 2 responsables d'organismes d'action volontaire (Montréal)
  - 1 universitaire spécialisé en intervention sociale
  - 1 représentante des usagers à un Conseil d'administration d'un CLSC semi-urbain
  - 1 médecin en CLSC semi-urbain
  - 1 organisateur communautaire en CLSC semi-urbain
  - 1 responsable de fédération d'organismes volontaires pour handicapés
  - 3 directeurs de Services communautaires en santé et en social au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
- en Ontario, douze (12) entrevues au total:
  - 1 responsable de l'Association des Centres de Santé de l'Ontario
  - 1 commissaire aux Services sociaux d'une municipalité régionale
  - 1 président de Conseil d'administration d'un Centre communautaire de santé
  - 1 directrice générale d'un Centre communautaire de santé
  - 1 directeur général d'un Centre d'hygiène mentale jeunesse

- 1 directrice d'un Centre de bénévolat et d'information communautaire
- 1 directeur d'un Conseil de planification sociale
- 2 représentants d'un Bureau régional du ministère des Services sociaux communautaires
- 1 directrice d'un Centre d'hygiène mentale pour adultes
- 1 directeur général d'un Centre de services de santé (HSO)
- 1 directeur général d'une Agence familiale.

De plus, nous avons obtenu de la documentation écrite du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux communautaires.

Une synthèse du matériel issu de ces entrevues ainsi que du matériel écrit reçu à l'occasion de ces entrevues a été réalisée.

Les quatre chapitres suivants présentent l'ensemble des information reçues.

Chapitre IV. DESCRIPTION GENERALE DES CENTRES

Note:

- Dans les chapitres IV à VII, les informations recueillies seront présentées -sauf exception- selon la même structure:
  - la question posée et -le cas échéant- son lien avec le modèle présenté dans la première partie de la recherche,
  - les réponses obtenues:
    - réponse globale
    - comparaison Québec/Ontario
    - comparaison centres publics/organismes d'action volontaire;

    avec, s'il y a lieu, référence au modèle.
- Compte-tenu de leur nombre trop restreint pour être significatif (6), les centres publics de l'Ontario ne seront pas retenus pour la comparaison centres publics/organismes d'action volontaire. Par contre, ils seront intégrés à la comparaison Québec/Ontario.
- La présentation des résultats demeurera limitée à ces quatre variables globales (Québec/Ontario; centres publics/O.A.V.). Le matériel recueilli permet toutefois des analyses plus poussées: p.ex.: distinction entre centres de santé, centres de services sociaux, centres de services intégrés santé/social; p.ex.: distinction entre centres de services généraux liés à une communauté territoriale et centre de services spécifiques liés à une communauté d'appartenance ou d'intérêt.

Le chapitre IV, "Description générale des centres", présente les aspects suivants:

1. Statut des centres et mission globale
2. Age des centres
3. Instances créatrices des centres
4. Caractéristiques des populations desservies par les centres
5. Types de communautés desservies par les centres
6. Volume des services individuels rendus par les centres
7. Volume d'interventions collectives réalisées par les centres

1. STATUTS DES CENTRES ET MISSION GLOBALE

1.1 La question

Il s'agit d'identifier les centres par province et par statut d'une part, par mission globale, d'autre part (en prenant en compte que, en principe, des centres intégrant les services sociaux et de santé sont davantage susceptibles de réaliser une approche plus globale, donc plus communautaire).

1.2 Les réponses globales

Les réponses globales se lisent comme suit:

Province / Mission / Statut	Québec			Ontario			Total par missions
	Public	O.A.V.	Total Québec	Public	O.A.V.	Total Ontario	
Santé	0	3	3	2	6	8	11
Social	0	25	25	3	17	20	45
Sa+So intégrés	18	14	32	1	10	11	43
Total par prov.	18	42	60	6	33	39	99

A noter que les 18 centres publics santé/social intégrés du Québec sont 18 CLSC. La majeure partie des répondants n'intègre donc pas, de façon formelle, les services de santé et les services sociaux.

2. AGE DES CENTRES

2.1 La question

Il s'agit d'identifier l'âge des centres. Les centres intégrant les services sociaux et de santé relevant d'une approche plus récente devraient -simple hypothèse- être plus jeunes dans l'ensemble.

2.2 Les réponses globales

L'âge moyen des 95 répondants est de 16,71 ans, se répartissant comme suit:

- Québec - centres publics (n18): 7,39 ans
  - O.A.V. (n42): 12,40 ans
- Ontario - centres publics (n6) : 24,50 ans
  - O.A.V. (n29): 27,13 ans

La moyenne d'âge des centres ontariens est plus élevée que celle des centres québécois 26,68 vs 10,89 ans. La catégorie benjamine est celle des centres publics québécois (CLSC). Par ailleurs, les 43 centres offrant des services sociaux et de santé intégrés ont un âge moyen de 14,23 ans; en réalité, si l'on exclut "l'ancêtre ontarien" de 142 ans, la moyenne tombe à 11,19 ans: quoi qu'il en soit, avec ou sans l'ancêtre ontarien, cette catégorie de centres est la plus jeune et, dans cette catégorie, les 18 CLSC québécois sont les plus jeunes. Ceci montre aussi, contrairement à une certaine opinion, que l'avènement des CLSC n'a pas supprimé tous les anciens O.A.V. au Québec.

3. INSTANCES CREATRICES DES CENTRES

3.1 La question

Sans en faire un facteur à jamais déterminant, il est sensé de supposer que les instances créatrices des centres ont quelque chose

à voir avec ce que deviennent ces centres, surtout quand ils sont encore jeunes. Selon que ces instances originelles sont l'Etat, des établissements de réseaux publics, des organismes volontaires ou des comités de citoyens de la communauté, l'aspect communautaire des centres a plus ou moins de chances au départ (et ce au strict plan de l'analyse et de la logique institutionnelles, indépendamment des personnes): plus cela vient de la communauté, plus cela a des chances d'être communautaire.

3.2 Les réponses globales

Elles sont les suivantes par ordre de grandeur et compte-tenu qu'un même centre peut avoir plusieurs géniteurs*:

- comités de citoyens de la communauté pour 55,55% des centres (n99)
- associations volontaires pour 37,37% des centres;
- gouvernement provincial pour 26,26% des centres;
- établissements du réseau public pour 11,11% des centres;
- gouvernements fédéral et municipal pour 2,02% chacun des centres.

Ceci laisse favorablement augurer du développement communautaire de ces centres puisqu'en toute logique, le communautaire est lié à la communauté et ne se peut parachuter de l'extérieur ou s'imposer d'en haut.

---

* A plusieurs reprises, les résultats à une même question totalisent plus de 100%: cela est dû au fait que les réponses ne sont pas mutuellement exclusives.

3.3 La comparaison Québec-Ontario

Cette comparaison donne un score supérieur à l'Ontario pour les origines dues aux citoyens, aux associations volontaires et au gouvernement municipal (respectivement 58,97%, 46,15% et 5,12% vs 53,33%, 33,33% et 0%). Par contre le rôle du gouvernement provincial est plus fort au Québec (30% vs 20,51% des cas). Ceci illustre les politiques respectives des deux provinces. Le score des établissements publics est sensiblement le même dans les deux provinces. Bref, en ce qui concerne les instances créatrices des centres, l'Ontario semble offrir, au départ, plus de possibilités au communautaire.

3.4 La comparaison par statut

La comparaison centres publics (18 CLSC du Québec) et O.A.V. (42 O.A.V. du Québec; 33 O.A.V. de l'Ontario) laisse voir des différences très marquées en ce qui concerne trois instances originelles:

Origine	Québec Public n18	Québec O.A.V. n42	Ontario O.A.V. n33
1.Comités de citoyens de la communauté	16,66%	69,05%	69,69%
2.Associations volontaires	16,66 %	40,48%	48,48%
3.Gouvernement provincial	100%	0%	12,12%

Le caractère communautaire des CLSC apparaît en situation de plus grande ambiguité quant à ses origines.

4. CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS DESSERVIES PAR LES CENTRES

Ce point couvre quatre questions dont le but était de situer de façon très globale les niveaux socio-économiques, les régions géographiques, les types de population et la composition ethnique des communautés desservies par les centres.

4.1 Niveaux socio-économiques des populations desservies

Les 96 répondants à cette question définissent ainsi le ou les niveaux socio-économiques de leur communauté:*

- niveau aisé : 18,75% des centres (18/96)
- niveau moyen supérieur : 31,25% des centres (30/96)
- niveau moyen inférieur : 70,83% des centres (68/96)
- niveau défavorisé : 70,83% des centres (68/96)

Ce résultat global confirme l'opinion répandue que les centres communautaires s'adressent surtout aux milieux socio-économiquement faibles ou défavorisés (s'adressent à...? ou sont utilisés par...?).

---

* voir note au bas de la p. 64.

L'analyse détaillée révèle que :

- les centres ontariens, massivement présents aux milieux moyen inférieur et défavorisé (83,78% dans chaque cas), desservent aussi les milieux moyen supérieur (56,72%) et aisé (40,54%); par contre les centres québécois concentrent leur action dans les milieux moyen inférieur et défavorisé (63,33% dans chaque cas) à la quasi exclusion des milieux moyen supérieur (15%) et aisé (5%);
- les O.A.V. ontariens sont présents dans tous les milieux; les O.A.V. québécois se trouvent surtout en milieux défavorisés (75,60%) et en milieu moyen inférieur (51,21%); les centres publics du Québec se trouvent surtout en milieux moyen inférieur (88,88%) et, moindrement, défavorisé (33,33%).

4.2 Régions géographiques desservies

Compte-tenu qu'un même centre peut desservir à la fois plusieurs régions géographiques (surtout dans le cas de communautés d'intérêt), les 99 répondants identifient ainsi leur(s) région(s) géographique(s):

Région(s) géographique(s) desservie(s)	Québec n60	Ontario n39
urbaine	67,24% des centres	79,48%
semi-urbaine	39,65%	23,69%
rurale	22,03%	13,16%

- Le fait de répondre au questionnaire demeurait au choix des répondants, et cela donne la répartition géographique ci-dessus illustrée.
- Les centres publics du Québec se répartissent également en milieux urbains (44,44%) et semi-urbains (44,44%) et un peu moins en milieu rural (22,03%). Les O.A.V. du Québec sont majoritairement urbains (75,61% pour 36,58% et 17,07% respectivement en milieux semi-urbains et ruraux). Les O.A.V de l'Ontario sont pour 81,25% de milieux urbains, 18,75% de milieux semi-urbains et 9,37% de milieux ruraux (moins d'O.A.V. du milieu rural: simple hasard des réponses ou réalité?

4.3 Types de populations desservies

Les centres définissent ainsi la population de leur milieu: 80,21% des centres desservent une population comprenant un peu tous les âges; 12,50% des centres (tous O.A.V. du Québec ou de l'Ontario) desservent une population composée surtout de jeunes familles avec de jeunes enfants; 7,23% des centres définissent la population comme composée surtout de personnes âgées et de couples âgés dont les enfants sont partis.

4.4 Composition ethnique des populations desservies

62,11% des répondants disent avoir affaire à une population ethniquement homogène (c'est-à-dire 80% environ de la même ethnie) et 37,89%, à une population hétérogène (c'est-à-dire deux ou trois groupes ethniques relativement importants).

La comparaison Québec/Ontario donne des proportions inversement proportionnelles: 81,03% d'homogénéité pour 18,97% d'hétérogénéité au Québec; 32,43% d'homogénéité pour 67,57% d'hétérogénéité en Ontario.

5. TYPES DE COMMUNAUTES DESSERVIES PAR LES CENTRES

5.1 La question

Un centre se définit comme desservant une communauté territoriale ou une communauté d'intérêt et de valeurs, selon qu'il fournit des services à l'ensemble d'une population locale ou à une catégorie spécifique de population (ou en regard d'une problématique

specifique: v.g. sante mentale, handicapes, toxicomanie). Ces categories ne sont pas mutuellement exclusives. Il s'agit, en cette question, d'identifier les types de communautes desservies par les centres repondants.

5.2 La réponse globale

La reponse des 99 centres est la suivante:

- 44,46% des centres (46/99) desservent l'ensemble d'une population locale et s'identifient à une communauté de type territorial;
- 53,54% des centres (53/99) s'adressent à une population spécifique (ou problematique specifique) et s'identifient à une communauté d'intérêts ou de valeurs.

5.3 La comparaison

La comparaison Québec/Ontario combinée à la comparaison par statut révèle des différences très marquées entre les choix respectifs faits dans les deux provinces:

Province / Statut / Communauté	Quebec Public n18	Quebec O.A.V. n42	Ontario O.A.V. n33
Com. territoriale	100% des centres	16,66%	48,48%
Com. d'interêt ou de valeurs	0%	83,34%	51,52%

Ces données peuvent-elles donner, pour le Québec, des éléments de réponse en ce qui concerne les besoins communautaires non liés à la territorialité et donc ni assumés, ni assumables par un réseau public exclusivement territorial? Dans les faits, les O.A.V. sont déjà à l'oeuvre -mais avec quels moyens! (voir plus loin le chapitre sur le financement)- en ce qui concerne ces besoins liés aux communautés d'intérêts ou de valeurs. Y a-t-il là une perspective à prendre en compte pour un développement complémentaire et non concurrentiel du "communautaire d'Etat" et du "communautaire volontaire"? Les centres ontariens semblent réaliser un équilibre de présence aux divers types de communauté.

6. VOLUME DES SERVICES INDIVIDUELS RENDUS PAR LES CENTRES

6.1 La question

La question du volume des services individuels veut identifier l'importance de la population ainsi atteinte par les centres, au sens habituel du terme (v.g. nombre de consultations individuelles), en 1985-86. Sans limiter l'action des centres à cet aspect de type curatif individuel, il importe aussi de pouvoir en situer l'importance.

6.2 La réponse globale

La réponse reçue de 56 centres sur 99 est très parcellaire et trop fragmentaire pour qu'on puisse en tirer des conclusions. Par ailleurs, il y a lieu de distinguer entre différents types d'interventions individuelles: p.ex. l'accompagnement d'un (1) handicapé par un organisme tout au long d'une année n'a pas la même signification qu'une (1) consultation médicale de quinze minutes. Et pourtant, dans les deux cas, il s'agit d'un (1) seul dossier. De plus (voir plus loin), la taille des centres est extrêmement diversifiée et commande donc des volumes très variés. Ceci dit, les réponses données à cette question ne sont présentées qu'à titre indicatif:

Province / Statut	Mission	Nombre de centres répondants	Nombre d'interv. individuelles 85-86	Moyenne par centre
Québec-Public	Santé+Social	8	132 992	16 624
Québec-O.A.V.	Santé+Social	6	2 994	499
Québec-O.A.V.	Santé	2	5 032	2 516
Québec-O.A.V.	Social	16	26 000	1 625
Total-Québec		32	167 018	5 219
Ontario-Public	Santé	2	9 600	4 800
Ontario-Public	Social	2	942	471
Ontario-O.A.V.	Santé+Social	5	39 950	7 990
Ontario-O.A.V.	Santé	5	125 100	25 020
Ontario-O.A.V.	Social	10	9 570	957
Total-Ontario		24	185 162	7 715
Total général		56	352 180	6 290

Les réponses reçues ne permettent pas d'établir le pourcentage de la population atteinte vs la population totale.

7. VOLUME D'INTERVENTIONS COLLECTIVES REALISEES PAR LES CENTRES

7.1 La question

La question du volume d'interventions collectives a pour objectif d'identifier des aspects importants de la pratique communautaire des centres: l'approche globale, la conscience des aspects collectifs (au niveau des structures sociales) au-delà des besoins individuels, la capacité de mobiliser les autres ressources communautaires concernées par la même problématique (ou du moins, de participer avec). En fait, l'intervention collective est au coeur de l'intervention communautaire.

7.2 Les réponses globales

Les réponses reçues recèlent une certaine ambiguïté: de toute évidence, l'expression "intervention collective" a été comprise de façons très différentes (en particulier, assimilation de "intervention collective" à "intervention de groupe").

Hormis les trois (3) centres qui n'ont pas répondu à la question, dix-sept (17) ont répondu "non". Sur les 79 qui répondent oui (82,29% des répondants), 18 ne donnent aucune précision et 61 disent ce qui suit:

Domaines d'interventions collectives (ou problématiques ciblées)	Nombre de centres réalisant des interventions collectives N : 61	Nombre d'organismes potentiellement concernés par cette problématique dans la communauté	Nombre d'organismes effectivement impliqués en collaboration ou concertation avec les centres répondants
Jeunes	20	319	212
Familles	16	205	175
Condition fém.	12	123	99
Personnes âgées	12	200	173
Pauvreté	11	253	117
Handicapés	10	104	81
Prévention/santé	7	150	43
Santé mentale	16	205	175

Autres problématiques touchées par quelques centres (entre deux et six centres): alcoolisme/toxicomanie, droits des citoyens, environnement, garderies, enfants abusés, immigrants, maintien à domicile, chômage, prostitution, développement économique du milieu.
Au total, les 61 centres répondants réalisent 153 interventions ou projets collectifs (en moyenne: 2,51 projets par centre). Ces 153 projets pouvaient potentiellement concerner 1992 autres organismes des communautés; ils en ont effectivement impliqués, en cocertation, 1329 (soit 66,72% du total possible).

7.3 La comparaison

La comparaison Québec/Ontario révèle un score d'interventions collectives plus élevé au Québec qu'en Ontario:

Province	Nombre total d'interv. coll.	Nombre moyen par centre	Nombre d'organismes concernés	Nombre d'organismes impliqués %
Québec n36	106	2,34	1 131	892=78,87%
Ontario n25	47	1,88	861	437=50,75%

7.4 La comparaison par statut

La comparaison par statut révèle que le nombre moyen le plus fort d'interventions collectives par centre est atteint par les CLSC du Québec; que les O.A.V. du Québec réalisent davantage l'implication des autres organismes en collaboration/concertation.

Statut	Nombre de centres réalisant interv. coll.	Nombre moyen d'interv. coll./centre	% d'implications d'autres organismes
Québec-Public n18	14 = 77,77%	4,73	71,28%
Québec-O.A.V. n42	35 = 83,33%	2,16	82,86%
Ontario-O.A.V. n33	27 = 81,81%	1,96	49,16%

En bref, les 99 centres répondants atteignent -en regard du modèle théorique présenté- un score communautaire relativement élevé en ce qui concerne leurs origines et leur volume global d'interventions collectives. Déjà, toutefois, se font jour quelques différences assez grandes entre provinces ou entre statuts sur quelques aspects (niveaux socio-économiques des communautés desservies, âge, instances créatrices, composition ethnique des communautés, type de communauté desservie, volume d'interventions collectives).

Chapitre V. ORIENTATION DES CENTRES

Il est relativement aisé de dire que l'on a des orientations globales communautaires, mais une telle affirmation n'échappe à l'univers du discours que dans la mesure où elle se traduit dans le concret. Ce chapitre, en lien avec le modèle communautaire proposé plus haut, présente les orientations communautaires des quatre-vingt-dix neuf (99) centres répondants par quatre biais:

- philosophie d'intervention
- participation de la population
- perception qu'ont les intervenants des utilisateurs des services
- perception du rôle de l'Etat.

1. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

La philosophie de l'intervention communautaire se traduit, entre autres, par une approche globale intégrant les dimensions santé et social et offrant une gamme large de modalités de services ou de types d'intervention. Elle se traduit aussi par une ouverture constante à de nouvelles perspectives.

1.1 Intégration santé/social

On a déjà vu (chapitre IV, 1) dans quelle mesure les centres répondants intègrent, formellement ou non, les services de santé et les services sociaux dans la définition de leur mission: environ la moitié des centres se présentent ainsi.

Au Québec, le réseau des CLSC est d'emblée organisé dans cette perspective à 100%. L'intégration santé/social réalisée par les O.A.V. québécois est beaucoup moins formelle et possède beaucoup moins de ressources. Par ailleurs, le fait que le ministère responsable intègre les deux dimensions promeut la perspective d'intégration des services de base au niveau local: il y a là un choix très clair. Enfin, preuve par les faits, la multiplicité des concertations avec d'autres organismes dans les interventions collectives (chapitre IV,7) manifeste qu'un niveau certain d'intégration se réalise sur le terrain de l'intervention locale.

En Ontario, l'intégration des dimensions santé et social semble moins poussée. Par ailleurs, l'existence de deux ministères distincts pour la santé et le social, sans y être un obstacle en soi, n'a rien pour la faciliter et serait plutôt un handicap. Dans les faits, les concertations pour des interventions collectives y atteignent un score moins élevé qu'au Québec. Toutefois, les ressources novatrices actuelles qui s'y développent semblent vouloir une intégration plus significative.

1.2 Modalités de services et types d'intervention

Les quatre questions posées: approche globale promouvant à la fois la santé individuelle et collective, l'intervention communautaire se concrétise à la fois par des services curatifs individuels et collectifs, des services préventifs individuels et collectifs et des services collectifs (à la collectivité et avec la collectivité). Les questions posées sur les services rendus par les centres avaient pour objectif d'identifier ces dimensions. On a vu (chap. I, 5 et 6) que les réponses en ce qui concerne les volumes d'interventions individuelles sont trop fragmentaires pour l'identification de cette dimension; les réponses à propos des interventions collectives, malgré l'ambiguïté inhérente à l'expression "intervention collective", donnent une idée générale de l'ampleur réelle de ce type d'intervention. Deux autres questions apportent des précisions sur ce qui se fait en santé et en social et permettent d'identifier un peu plus finement la globalité de l'approche en santé et en social par le biais de la gamme des services rendus.

1.2.1 Les réponses concernant la gamme de services rendus en santé

émanent de cinquante-deux (52) centres. Les pourcentages représentent le nombre de centres qui offrent tel ou tel service par rapport au nombre total possible dans chaque catégorie. Compte-tenu du nombre restreint de répondants dans les catégories "Centre de Santé" (SA) et "Centre de Santé/Social intégrés" (SS), ces catégories ont été regroupées.

Province / Statut / Services Programmes offerts/Santé	Québec (n34) Public n18 S+S	Québec (n34) O.A.V. n16 (SA:2 SS:14)	Québec (n34) Total Q. n34	Ontario (n18) Public n3 (SA:2 SS:1)	Ontario (n18) O.A.V. n15 (SA:6 SS:9)	Ontario (n18) Total Ont. n18	Total général Q+O n52
Services CURATIFS de base							
. Urgences mineures	44,44%	62,50%	52,94%	33,33%	53,33%	50%	51,92%
. Services médicaux courants	72,22%	18,75%	47,06%	33,33%	46,66%	44,44%	46,15%
. Services médicaux**	5,55%	12,50%	8,82%	33,33%	40%	38,88%	19,23%
. Soins à domicile	100%	43,75%	73,53%	100%	46,66%	55,55%	67,31%
. Autre: recherche	0	0	0	0	6,66%	5,55%	1,96%
Services PREVENTIFS							
. Education générale/Santé	88,88%	93,75%	91,18%	66,66%	93,33%	88,83%	90,38%
. Prévention primaire	100%	43,75%	73,53%	33,33%	86,66%	77,77%	73,08%
. Soutien à groupes (création) d'entraide/Santé	88,88%	50%	70,59%	0%	77,77%	55,55%	65,38%
. Autre: Santé au travail *	11,11%	0%	5,88%	0%	0%	0%	3,85%
Services COLLECTIFS							
. Information + référence	88,88%	93,75%	91,18%	100%	66,66%	72,22%	84,61%
. Part. à coalitions gr. de pression (droits vs Lois)	33,33%	68,75%	50%	0%	60%	50%	50%
. Création et/ou soutien à groupes comm./Santé	83,33%	68,75%	76,47%	0%	53,33%	44,44%	65,38%
. Prêts locaux/équip. à gr. comm./Santé	94,44%	62,50%	79,41%	33,33%	53,33%	50%	69,23%
. Prêts de pers. à gr. comm./Santé	44,44%	31,25%	38,23%	33,33%	46,66%	44,44%	40,38%

* Santé au travail: 2 CLSC sur 18 ont noté ce point, mais on sait que c'est là un mandat du ministère québécois à tous les CLSC et que la plupart le remplissent).

** Services médicaux spécialisés

Au niveau des services curatifs de base, les scores des deux provinces se ressemblent globalement, avec une prédominance très nette de l'Ontario pour les soins médicaux spécialisés (38,88% pour 8.82%) et une pré - dominance nette du Québec pour les soins à domicile (73,53% pour 55,55%). Le score des soins médicaux courants peut apparaître relativement faible: beaucoup de centres disent donner des services de santé, mais n'ont pas de médecins dans leur personnel. Cela peut signifier que le concept de santé n'est pas, à leurs yeux, assimilé à celui de médecin, y compris pour les services curatifs de base. A noter que tous les centres publics, dans les deux provinces, donnent des soins à domicile.

La comparaison par statut laisse voir des différences très nettes en ce qui concerne les soins à domicile (Québec-public: 100%; O.A.V.: 43,75%; Ontario-public: 100%; O.A.V.: 46.66%); et au Québec, en ce qui concerne les services médicaux courants (Public: 72,22%; O.A.V.: 18.75% ce qui s'explique par la rareté de médecins dans les O.A.V. au Québec).

Au niveau des services preventifs -normis la question de la Sante au travail, non evoquée par aucun centre ontarien-, les scores sont élevés et nomogenes d'une province à l'autre sauf pour la création et/ou le soutien aux groupes d'entraide, domaine ou le score québecois est plus élevé (70,59% pour 55,55%).

Des différences marquées apparaissent toutefois si on compare les centres par statuts: les CLSC du Québec (100%) et les O.A.V. de l'Ontario (86,66%) font beaucoup plus de prevention primaire que les O.A.V. du Quebec (43,75%) ou les centres publics ontariens (33,33%). Une difference analogue apparaît au chapitre de la creation et/ou du soutien à des groupes d'entraide: les CLSC du Québec (88,88%) et les O.A.V. de l'Ontario (77,77%) y travaillent nettement plus que les O.A.V. du Québec (50%) et les centres publics ontariens (0%).

Au niveau des services collectifs (à la collectivité ou avec la collectivite), le score global de l'information et de la référence est élevé (84,61%) avec une certaine prédominance québecoise (91,18%: Pub.: 88,88%: O.A.V.: 93,75%) par rapport à l'Ontario (Pub.: 100%; O.A.V.: 66,66%). Vient ensuite le score de prêt de locaux et d'équipements à des groupes communautaires/santé (global: 69,23%; avec une nette prédominance québécoise: 79,41% pour 50%; avec, au Québec, une prédominance des

CLSC: 94,44% pour 62,50% aux O.A.V.).

En troisième lieu, on trouve la mise sur pied et/ou le soutien à des groupes communautaires qui visent l'amélioration des conditions de l'environnement ayant un impact sur la santé (comme, par exemple, la salubrité des logements): le score global de 65,38% est relativement élevé, mais il couvre une très nette différence en faveur du Québec (76,47% pour 44,44%); au Québec même, il y a différence entre les CLSC et les O.A.V. (83,33% pour 68,75%); en Ontario, les centres publics sont complètement absents (0%) et les O.A.V. totalisent un score de 55,33%. En quatrième lieu vient le score moyen de 50% pour l'aspect qui est peut-être à la fine pointe de l'intervention collective, à savoir la participation à des coalitions, à des groupes de pression, à des mouvements visant des changements de législation ou de politiques dans le domaine de la santé. Les scores se lisent respectivement ainsi: Québec-public: 33,33%; O.A.V.: 68,75%; Ontario-public: 0%; O.A.V.: 60%). L'absence ou la moindre participation des réseaux publics peut se comprendre aisément puisque, par principe, ils sont les créatures, les outils du système existant. En réalité, ce domaine d'intervention, qui peut aller jusqu'à une certaine lutte militante et radicale, n'est possible qu'aux O.A.V. (et encore... jusqu'à un certain point, compte-tenu de leurs sources de

financement). A ce chapitre, les O.A.V. québécois et ontariens arrivent à un score presque égal, avec une légère prédominance québécoise.

En dernier lieu, le prêt de personnel à des groupes communautaires atteint un score très moyen (40,38%), relativement homogène d'une province à l'autre, d'un statut à l'autre.

En résumé, on peut dire que dans le domaine de la santé autant au Québec qu'en Ontario, les centres locaux de services de santé réalisent une approche globale dans l'ensemble. Le score le plus systématiquement global en ce qui concerne les services curatifs, préventifs et, en partie, collectifs, est atteint par le réseau public des CLSC du Québec, en autant qu'il s'agisse de s'organiser à l'intérieur du système (de santé et de lois) en place. Mais la fine pointe de l'intervention communautaire collective échappe en grande partie à ce réseau à cause de son statut public: ceci trace la limite de l'intervention communautaire étatique.

1.2.2 Les réponses concernant la gamme de services rendus en social émanent de quatre-vingt-huit (88) centres et se détaillent ainsi:

Province / Statut / Services/ Programmes offerts/Social	Québec n57			Ontario n31			Total Q.+O. n88
	Public n18 (S+S)	O.A.V. n39 (SO:25 SS:14)	Total Qué.	Public n4 (SO:3 SS:1)	O.A.V. n27 (SO:17 SS:0)	Total Ont.	
Services CURATIFS de base							
• Consultations psycho-sociales	100%	51,28%	66,67%	50%	55,55%	54,84%	62,50%
• Services en situation de crise	77,78%	66,66%	70,17%	75%	62,96%	64,52%	68,18%
• Aide à domicile	100%	46,15%	63,16%	50%	55,55%	54,84%	60,23%
Services PREVENTIFS							
• Travail de rue - "Outreach"	27,78%	38,46%	35,09%	0%	29,63%	25,81%	31,82%
• Prévention primaire	94,44%	71,79%	78,95%	100%	74,04%	77,42%	78,41%
• Création/soutien à gr. d'entraide/ Social	94,44%	53,85%	66,67%	75%	55,55%	58,06%	63,64%
• (Re)insertion sociale	50%	64,10%	59,65%	50%	25,93%	29,03%	48,86%
• Autres*	0%	15,38%	10,53%	0%	3,70%	3,22%	7,95%
Services COLLECTIFS							
• Information - référence	100%	71,79%	80,70%	50%	77,78%	74,19%	78,41%
• Campagnes d'op. publique	44,44%	58,97%	54,39%	25%	55,55%	51,61%	53,41%
• Part. à coalition, gr.de pression (droits vs Lois)	33,33%	58,35%	47,37%	25%	62,96%	58,06%	51,14%
• Création et/ou soutien à gr. comm./Social	88,89%	79,49%	82,46%	25%	55,55%	51,61%	71,59%
• Prêts locaux/équip. à gr. comm./Social	94,44%	46,15%	61,40%	25%	25,93%	25,81%	48,86%
• Prêts de pers. à gr. comm./Social	39,89%	20,51%	26,32%	25%	37,04%	35,48%	29,54%

* Autres: accompagnement; aide pour contestations judiciaires; dépannage d'urgence (linge, nourriture, logement); cours et activités; camps familiaux.

- Au plan des services curatifs de base, les scores des deux provinces sont moyennement élevés et s'équivalent globalement. La prédominance du réseau public québécois en consultations psycho-sociales et en aide à domicile est nette .

- Au plan des services préventifs, les scores sont relativement élevés et homogènes d'une province à l'autre pour la prévention primaire et la création ou l'aide à des groupes d'entraide. Les scores sont moyens pour la réinsertion sociale (avec une prédominance québécoise de 59,65% pour 29,03%) et assez faibles pour le travail de rue et le suivi (avec une prédominance québécoise de 35,09% pour 25,81%). Si on compare les statuts, les CLSC québécois prédominent nettement avec des scores très élevés pour la prévention primaire et la création ou l'aide à des groupes d'entraide respectivement 99,44% vs 71,79% pour O.A.V. du Québec et 74,04% pour O.A.V. de l'Ontario; et 94,44% vs 53,85% pour O.A.V. du Québec et 55,55% pour O.A.V. de l'Ontario). Les O.A.V. du Québec prédominent pour la réinsertion sociale et le travail de rue.
- Au niveau des services collectifs, l'information/référence et la création ou l'aide à des groupes communautaires en social atteignent des scores élevés, avec une prédominance québécoise (surtout pour l'aide aux groupes communautaires). Dans tous les autres domaines, les scores sont moyens et homogènes (sauf pour le prêt de locaux ou d'équipement ou

le Québec prédomine nettement: 61,40% pour 25,81%; et pour la participation à des coalitions où l'Ontario prédomine quelque peu, 58.06% pour 47,37%).

La comparaison par statut laisse apparaître une très nette prédominance des CLSC québécois pour l'information/référence, la création ou le soutien à des groupes communautaires, le prêt de locaux, d'équipements et de personnel. Par contre -et ceci rejoint le constat déjà fait pour les services de santé- les CLSC sont nettement moins présents dans les campagnes d'opinion publique et dans la participation à des coalitions ou à des groupes de pression. Pour ces derniers points, les O.A.V. du Québec et de l'Ontario s'équivalent globalement dans des scores moyennement élevés.

En résumé, comme dans le domaine de la santé, les centres locaux de services sociaux réalisent une approche assez globale dans l'ensemble, avec toutefois des zones à développer pour traduire pleinement leurs orientations communautaires. Le score le plus systématiquement global en ce qui concerne les services curatifs, préventifs et, en partie, collectifs est atteint par le réseau public des CLSC du Québec, en autant qu'il s'agisse de s'organiser à l'intérieur du système social et légal en place. De par son statut, ce réseau public ne peut aller et ne va pas aussi loin que les O.A.V. dans la perspective du changement social.

1.3 Ouverture à de nouvelles modalités communautaires

- Une série de huit (8) questions relatives au système coopératif en santé et en social étaient posées dans le but de savoir dans quelle mesure les organismes locaux en santé et social connaissent et souhaitent la mise en place éventuelle de nouvelles modalités communautaires; ou, tout au moins, s'intéressent à d'autres modalités ou perspectives susceptibles d'enrichir le caractère communautaire de leurs orientations et approches. Peu connu au Québec, le système coopératif en santé/social a innové largement par rapport aux approches et modalités traditionnelles aux Etats-Unis et dans plusieurs autres provinces canadiennes (dont l'Ontario). L'une de ses caractéristiques de base en même temps que condition d'existence est la participation des adhérents, ce qui est favorable à une orientation communautaire (sans la créer automatiquement toutefois).
- Les scores représentent la moyenne générale des réponses (accord, désaccord, ne sait pas) à l'ensemble des huit propositions. Les réponses, globalement, laissent apparaître un taux élevé (38,10%) à la rubrique "ne sait pas" (dont 46,50% pour le Québec et 34,67% pour l'Ontario): manifestement le système coopératif est peu connu par des organismes qui, pourtant, seraient les plus susceptibles de le promouvoir. La comparaison de cette "ignorance" par statuts révèle une différence marquée entre les organismes québécois et les O.A.V. de l'Ontario (Q.-Pub.: 44,28%; O.A.V.: 43,65%; O.-O.A.V.: 26,60%).

Toutefois, même relativement inconnu, le système ccopératif ne suscite pas de rejet a priori: le score moyen des désaccords pour les huit "propositions coopératives" n'est que de 7,92% des répondants (6,86% pour le Québec et 9,58% pour l'Ontario). La comparaison de ce désaccord par statuts révèle une légère prédominance de désaccord dans le réseau public québécois (11,09% pour Q.-O.A.V.: 5,16% et O.-O.A.V.: 9,58%).

Le score général de l'accord aux huit propositions est de 46,46%, dont 42,88% pour le Québec et 55,74% pour l'Ontario. Par statuts, les scores d'accord sont de 37,12% pour le réseau des CLSC du Québec, de 47,44% pour les O.A.V. du Québec et de 57,45% pour les O.A.V. de l'Ontario, qui prédominent nettement. La différence Québec/Ontario s'explique peut-être en partie par le fait que le Québec a fait un choix clair d'une autre modalité de centres locaux, celui des CLSC. Il est intéressant de noter les réponses spécifiques pour deux des huit propositions. Le système de financement par capitation (propre aux coopératives) recueille le score d'accord le plus faible de tous: 32,25% (dont 37,93% au Québec et 22,86% en Ontario). Quant au score d'accord le plus élevé, il est atteint -on s'en serait douté, nonobstant la méconnaissance du système!- par la proposition qui stipule l'utilisation autonome par les centres coopératifs des éventuels surplus budgétaires: 67,02% d'accord (dont 78,38% en Ontario et 59,65% au Québec). A signaler les scores respectifs de 48,45% d'accord et de 41,24% de "ne sait pas"

à la proposition concernant la tenue d'une conférence nationale parrainnée par le mouvement coopératif sur le développement du système coopératif en santé et en social: on ne eut dire que les centres sont dévorés de curiosité.

En résumé, le niveau de préoccupation ou de connaissances envers la formule coopérative apparaît modéré et ne permet guère de conclure que les centres répondants sont en recherche de formules assez radicalement nouvelles.

2. PARTICIPATION DE LA POPULATION

- Les questions posées

La participation de la population est un élément fondamental de l'intervention communautaire. On pense spontanément à la participation à la gestion générale des centres via les Conseils d'administration. Aspect capital, mais non unique ni, peut-être, le plus important en regard du quotidien: il y a aussi la participation possible à l'identification des besoins et à la décision des programmes par d'autres biais que celui du Conseil d'administration, dans une collaboration avec les intervenants professionnels. Il est évident que plus un centre ménage démocratiquement de domaines et de mécanismes de participation de la population, plus il traduit, dans la réalité, ses orientations communautaires.

- Les réponses se situent à trois niveaux, en regard de trois questions distinctes:
  - participation à l'identification des besoins
  - participation à la décision des projets et programmes
  - participation au Conseil d'administration.

2.1 Participation de la population à l'identification et à l'analyse des besoins sociaux et/ou de santé de la communauté

- Au total 78.79% des 99 répondants disent que la population participe à l'identification et à l'analyse des besoins de la communauté en santé et en social. D'une province à l'autre, le score est équivalent (Qué.: 78,34%; Ont.: 79,49%) A noter une différencè entre le réseau public et les O.A.V. du Québec, en faveur du réseau public (88,88% pour 73,80%). Globalement, c'est un taux très élevé de participation dans tous les réseaux des deux provinces.
- Les modalités de cette participation sont multiples: citoyens élus au C.A., pour 83,12% des centres; sondages dans la communauté (57,14%); représentants d'associations volontaires au C.A. (41,56%); représentants des municipalités (20,78%; surtout en Ontario: 40% pour 8,51% au Québec); diverses autres modalités telles que publications, journées d'études, groupes d'utilisateurs, etc... (16,88%).

- Les centres ontariens utilisent davantage les modalités du sondage (66,67% des centres vs 51,06% au Québec) et des groupes consultatifs (56,67% des centres vs 36,17% au Québec). Quant à la modalité de participation liée à la présence au C.A. de citoyens (usagers) élus, 100% des CLSC du Québec la vivent (vs une moyenne générale de 83,12% des 99 répondants); en outre 75% des C.A. des CLSC comptent des représentants nommés d'associations volontaires (vs une moyenne générale de 41,56% des 99 répondants).

2.2 Participation de la population à la prise de décision concernant la mise sur pied des services et des programmes

- Au total, 75,76% des 99 répondants disent oui. Très élevé dans les deux provinces (78,33% au Québec, 71,79% en Ontario), ce score prédomine nettement dans le réseau public québécois (100%) en regard des O.A.V. du Québec (69,05%) et des O.A.V. de l'Ontario (75,76%).
- Les modalités de cette participation sont variées: citoyens ou usagers élus au C.A. pour 92% des centres (Qué.-Public: 100%; Q.-O.A.V.: 93,10%; O.-O.A.V.: 88%); comités décisionnels pour 48,37% des centres, mais avec des différences marquées (Qué.-Public: 5,88%; Q.-O.A.V.: 51,72%; O.-O.A.V.: 80%); représentants d'associations volontaires élus ou nommés au C.A. pour 40% des centres, avec ici aussi des dif-

férences notoires (Qué.-Public: 72,22%; Q.-O.A.V.: 24,13%; O.-O.A.V.: 40%); les représentants des municipalités comptent pour 17,33% des centres (Qué.-Public: 5,55%; Q.-O.A.V.: 6,90%; O.-O.A.V.: 33,33%... différence due aux politiques provinciales respectives).

Dans l'ensemble, il y a donc un taux élevé de participation de la population à l'identification des besoins et à la décision des programmes, à travers diverses modalités. Quelques différences apparaissent selon les provinces et les statuts, mais pas de fossé radical: partout la population participe. Le réseau public québécois obtient le taux le plus élevé en ce qui concerne les mécanismes liés aux C.A. (dans quelle mesure est-ce l'obligation faite par la Loi?), cependant que les centres ontariens utilisent plus les mécanismes de sondages et de groupes consultatifs. Quant aux centres qui n'offrent pas de telles possibilités de participation à la population (globalement 22,50%), il est loisible de supposer que les opérations d'identification des besoins et de décision des programmes demeurent propriété des administrateurs et des divers corps professionnels qui y oeuvrent.

2.3 Participation de la population à la gestion générale des centres par les conseils d'administration

2.3.1 La question posée

Une question avait pour objectif d'identifier le nombre le statut et les modalités de recrutement des membres des C.A. Il tombe sous le sens que plus les conseils d'administration comptent une proportion élevée de représentants communautaires -représentants élus de la population en général (ou, ce qui est plus restrictif, des utilisateurs des services), des représentants élus d'associations volontaires de la communauté et représentants élus des bénévoles- plus les centres traduisent ainsi une réelle orientation communautaire.

2.3.2 Les réponses

- De façon globale, les C.A. des 96 centres qui ont répondu à cette question comptent des représentants communautaires dans la proportion de 73,86% du total de leurs membres (dont 49,56% par élection et 24,30% par sélection). Cette proportion globale est élevée et manifeste une réelle participation de la communauté (du moins en ce qui concerne les 49,56% de membres élus).

- La comparaison entre le Québec et l'Ontario montre peu de différence quant à la proportion globale (Q.: 71,72%, Ont.: 76,59%), mais une différence réelle quant au mode de recrutement (élus: 54,69% au Québec; 43,05% en Ontario; sélectionnés: 17,03% au Québec; 33,53% en Ontario).
- Les différences sont plus marquées quand on compare les centres par statut. La proportion des représentants communautaires aux C.A. en regard du nombre total de membres des C.A. est la suivante:

Province-Statut / R. comm. aux C.A.	Qué.-Public	Qué.-O.A.V.	Ont.-O.A.V.
Élus	29,31%	69,12%	44,20%
Sélectionnés	17,24%	16,91%	35,45%
Total Élus+Sélect.	46,55%	86,02%	79,65%

Le score communautaire le plus élevé en regard du pourcentage et du mécanisme d'élection de représentants communautaires aux C.A. revient aux O.A.V. du Québec, suivis des O.A.V. de l'Ontario (qui comptent plus de sélectionnés que les O.A.V. du Québec). Indépendamment de toute autre considération, au strict plan des nombres, les représentants communautaires directs/élus et nommés) sont minoritaires dans les C.A. des centres locaux de services communautaires du Québec.

3. PERCEPTION DES UTILISATEURS DES SERVICES PAR LES INTERVENANTS

3.1 La question posée

La question relative à la perception qu'ont les intervenants des utilisateurs des services en appelle à des images plus ou moins conscientes, néanmoins importantes dans la traduction quotidienne des orientations réelles des intervenants. Selon la littérature sur le sujet, la perspective "client" relève d'une société (néo) libérale marchande, la perspective "bénéficiaire", d'une société étatique et la perspective "partenaire" d'une société plutôt socio-communautaire. En identifiant les perceptions des intervenants, la question identifie du coup les perspectives globales, conscientes ou non, véhiculées par eux dans l'action quotidienne, perspectives qui disent les orientations réelles des centres de façon plus certaine que les déclarations formelles.

3.2 Les réponses reçues

Elles s'avèrent nuancées et sont liées aux missions de base (santé ou/et social), au type de services requis (curatif et/ou préventif), au type d'interventions (individuel et/ou collectif). Ainsi, le même centre peut percevoir les utilisateurs à la fois comme "clients", "bénéficiaires" ou "partenaires". Il ne

s'agit peut-être pas du même utilisateur ni des mêmes services ou domaines d'intervention... mais c'est le même centre.

- De façon globale, en services de santé, dans les cinquante-deux centres concernés, les utilisateurs sont perçus par les intervenants comme des clients dans 44,23% des cas, comme des bénéficiaires dans 51,92 % des cas, comme des partenaires dans 42,41% des cas.* Les perceptions "client" et "partenaire" sont plus présentes en Ontario qu'au Québec (respectivement 66,66% et 50% des cas en Ontario pour 32,35% et 38,23% au Québec). La perception "bénéficiaire" prédomine au Québec (55,88 % des cas pour 44,44% en Ontario). Par ailleurs, le réseau public québécois distance nettement les O.A.V. du Québec et de l'Ontario dans la perception "bénéficiaire" (respectivement 72,22% des cas pour 37,50% et 40%). Les O.A.V. ontariens l'emportent nettement pour la perception "client" (60% pour 33,33% Q.-Public et 31,25% Q.-O.A.V.), alors que les O.A.V. québécois l'emportent quant à la perception partenaire (50% pour 27,78% Q.-Public et 40% O.-O.A.V.).
- En services sociaux, dans les quatre-vingt-quatre (84) centres concernés, les utilisateurs sont perçus par les intervenants comme des clients dans 30,95% des cas, comme des bénéficiaires dans 48,81 % des cas et comme des partenaires dans 70,24% des cas. Les perceptions bénéficiaire" et "partenaire" se retrouvent à peu près également au Québec et en Ontario (respectivement 46,43% et

* Voir note au bas de la p. 64.

71,43% pour 53,57% et 67,86%). La perspective "client" est nettement plus forte en Ontario (53,57% pour 19,64%).

En regard des statuts des centres, la perspective "bénéficiaire" est assez homogène: Q.-Public: 50%; Q.-O.A.V.: 44,74%; O.-O.A.V.: 48%. Il en va de même pour la perspective "partenaire": Q.-Public: 77,77%; Q.-O.A.V.: 68,42%; O.-O.A.V.: 64%. La perspective "client" est hétérogène: Q.-Public: 16,66%; Q.-O.A.V.: 21,05%; O.-O.A.V.: 52%. Globalement, on peut dire que la perspective du partenariat est nettement plus présente en social qu'en santé (70,24% pour 42,31%), alors que la perspective "client" l'est nettement moins (30,95% pour 44,23%). Quant à la perspective "bénéficiaire", elle est assez également présente dans les deux (Santé: 51,92%; Social: 48,81%). Globalement encore, la perspective du partenariat (Santé et Social réunis) prédomine dans les O.A.V. du Québec (59,21% des cas, pour 52,77% Q.-Public et 52% O.-O.A.V.); la perspective "bénéficiaire" (Santé et Social réunis) prédomine dans le réseau des CLSC du Québec (61,11% des cas pour 41,12% Q.-O.A.V. et 44% O.-O.A.V.); tandis que la perspective "client" (Santé et Social réunis) prédomine dans les O.A.V. de l'Ontario (56% des cas pour 25% Q.-Public et 26,15% Q.-O.A.V.).

En d'autres catégories, la perspective socio-communautaire serait davantage tenue par les O.A.V. du Québec, la perspective socio-étatique, par les CLSC du Québec et la perspective (néo) libérale par les O.A.V. de l'Ontario.

4. ROLES DE L'ETAT ET LIENS AVEC L'ETAT

4.1 La question posée

Le rôle que se donne l'Etat a une influence directe sur le devenir du communautaire et sur le type de communautaire possible. Au Québec et en Ontario, les gouvernements -surtout le gouvernement provincial- sont très présents dans le système de services sociaux et de santé, quoique de façons différentes (du moins, en apparence). Un gouvernement de type néo-libéral a tendance à diminuer ses interventions et à compter sur la loi de l'offre et de la demande pour réguler les systèmes sociaux. Un gouvernement de type socio-étatique est plutôt interventionniste et, dans son souci de tout réguler, risque d'imposer une bureaucratisation paralysante pour les initiatives des citoyens. Un gouvernement de type socio-communautaire a tendance à demeurer très présent dans l'ensemble de la vie sociale tout en misant sur les initiatives communautaires: il procède par politiques plus que par règlements. C'est ce type de gouvernement qui offre le plus de chances au développement de l'intervention communautaire. Dans une société de type néo-libéral, la notion même de développement communautaire est étrangère. Une société étatique mise sur le développement de sa propre fonction publique et de ses réseaux spécifiques et considère les initiatives communautaires comme des suppléances momentanées ou

des compléments. C'est avec en arrière-fond ces perspectives globales que la recherche soumettait aux centres une série de dix-sept questions en leur demandant d'identifier leur opinion face à chaque niveau de gouvernement (fédéral, provincial, municipal). Chacune de ces dix-sept propositions se rattache à l'un ou l'autre type de société (néo-libéral, socio-étatique, socio-communautaire). L'objectif de ces questions était de savoir quel rôle les centres attribuent aux gouvernements et, de ce fait, de savoir quel type d'intervention communautaire ils souhaitent vraiment vivre (ou quelles sont leurs orientations profondes). Le modèle privilégie, bien sûr, la perspective socio-communautaire.

4.2 Les réponses

Sur les dix-sept propositions, quinze (15) forment trois groupes, correspondant aux trois types de société ci-haut évoqués.

4.2.1 Etat socio-communautaire

- Dans un Etat socio-communautaire, le gouvernement fédéral et/ou provincial fournit un cadre juridique spécifique aux centres de services communautaires, se limitant aux orientations, objectifs et critères généraux de ces centres tout en les reconnaissant de façon très formelle et officielle. Les trois paliers de gouvernement, surtout le fédéral et le provincial,

déléguent des pouvoirs réels et significatifs aux Conseils d'administration des centres et n'y nomment qu'une minorité de membres pour les représenter (via le gouvernement municipal surtout quand il s'agit de centres territoriaux). Ils fournissent une proportion du financement supérieure à 50% des budgets de ces centres, sans aller jusqu'à 100% des budgets. Ils garantissent les critères de non discrimination et d'accessibilité universelle aux services, la gratuité de l'ensemble des services fournis. Ils garantissent aussi le respect du caractère privé des centres communautaires à buts non lucratifs.

- Les réponses globales des 99 centres face à cette perspective socio-communautaire se lisent comme suit:

Attitudes en ce qui concerne une polit. socio-commun.	Gvt. fédéral	Gvt. provincial	Gvt. municipal
Oui, à réaliser par le gouvernement...	35,93% des centres	60,61%	36,51%
Non, pour le gouvernement...	25,40%	18,90%	24,24%
Pas d'opinion en ce qui concerne le gouvernement...	13,56%	12,99%	12,99%
Pas de réponse en ce qui concerne le rôle du gvt....	25,11%	7,50%	26,26%

- La comparaison entre le Québec et l'Ontario ne révèle aucune différence marquée;
- La comparaison par statuts dénote une différence quant aux niveaux de gouvernements auxquels on veut avoir affaire: les O.A.V. du Québec et de l'Ontario comptent plus que les centres publics du Québec sur le gouvernement fédéral (respectivement 41,16% et 38,53% pour 23,81%). En contrepartie, le réseau public québécois veut avoir affaire au gouvernement provincial davantage que les O.A.V. québécois et ontariens (respectivement 83,33% pour 52,04% et 60,17%). Le gouvernement municipal est évoqué par 42,86% des O.A.V. ontariens pour 36,39% des O.A.V. du Québec et 29,35% du réseau public québécois. Compte-tenu de la tradition québécoise, ce score du municipal y est relativement élevé. Par ailleurs, une des propositions du modèle socio-communautaire, à savoir la nomination par le gouvernement d'une minorité de membres du conseil d'administration (principe de responsabilité en regard des octrois perçus) est rejetée par 57,58% des O.A.V. de l'Ontario et par 54,76% des O.A.V. du Québec alors qu'elle est acceptée par 77,78% des centres publics québécois.

En somme, au Québec et en Ontario, dans les O.A.V. comme dans le réseau public, il y a en regard de la perspective socio-communautaire, une réponse positive

globale de 60,61% vs les gouvernements provinciaux; avec en même temps, un rôle non négligeable attendu des gouvernements fédéral et municipal (35,93% et 36,51%).

4.2.2 Etat néo-libéral

- Dans un Etat néo-libéral, les gouvernements assurent le respect des droits civils des individus et le respect de l'ordre public. Ils se dégagent le plus possible de l'univers des services directs à la population, préférant laisser agir la régulation de la loi du marché, c'est-à-dire la loi de l'offre et de la demande entre les clients et les professionnels ou établissements fournisseurs de services. Dans la même logique, ils se dégagent le plus possible du financement direct des services, ce qui leur permet de réduire les taxes (les "citoyens-clients" payant leurs services directement ou par la participation à des régimes privés d'assurances). Ils sont aussi, bien sûr, absents du processus de nomination des membres des conseils d'administration des corporations privées (lucratives ou non) qui offrent les services. L'existence ou le développement de services communautaires n'entrent pas dans leurs préoccupations ou intérêts: c'est à chaque individu d'être responsable de lui-même et de se prendre en charge.

- Les réponses globales des 99 centres face à cette perspective néo-libérale se lisent comme suit:

Attitudes en ce qui concerne une politique néo-libérale	Gvt. fédéral	Gvt. provincial	Gvt. municipal
Oui, à réaliser par le gouvernement...	25% des centres	20,71%	19,70%
Non, pour le gouvernement...	35,10%	53,28%	38,64%
Pas d'opinion en ce qui concerne le gouvernement...	15,40%	15,66%	15,66%
Pas de réponse en ce qui concerne le rôle du gvt....	24,50%	10,35%	26,01%

Ces réponses révèlent le refus de la perspective néo-libérale, surtout au niveau du gouvernement provincial: 53,28% de non à ce niveau (pour 46,72% de oui, non réponse et sans opinion). Le refus prédomine aussi pour les niveaux fédéral et municipal. Ici aussi, comme pour le modèle socio-communautaire, le gouvernement important et dont le rôle est le plus clairement établi est le gouvernement provincial.

- La comparaison entre le Québec et l'Ontario ne révèle aucune différence marquée, juste un écart général de l'ordre de 2%, l'Ontario acceptant un peu plus la perspective néo-libérale.
- La comparaison par statut révèle une nette différence sur un point: le réseau public québécois refuse la perspective néo-libérale au niveau du gouvernement pro-

vincial à 79,17% (alors qu'à ce niveau, le refus des O.A.V. du Québec est de 40,48% et celui des O.A.V. de l'Ontario de 54,55%).

Par ailleurs, une des propositions de perspective néo-libérale -à savoir l'absence totale de tout gouvernement du processus de nomination des membres du C.A.- est acceptée par 55,55% des O.A.V. de l'Ontario, par 51,59% des O.A.V. du Québec et par seulement 27,78% des centres publics du Québec (ces résultats sont le pendant logique du rejet de la présence gouvernementale pour la même fonction tel que noté dans l'analyse du modèle socio-communautaire).

En somme, la perspective néo-libérale est refusée, surtout au niveau du gouvernement provincial. Toutefois le nombre relativement élevé de non réponse et de sans opinion révèle en même temps une certaine perplexité, surtout en ce qui concerne les niveaux de gouvernement fédéral et municipal.

4.2.3 Etat socio-étatique

- Dans un Etat socio-étatique, la tendance est à une omni-présence de l'Etat et des réseaux publics. Auteur des politiques globales, accompagnées de réglementations nombreuses et détaillées, l'Etat est aussi le réalisateur de ses politiques en même temps que l'éva-

luateur. Les conseils d'administration des centres n'ont qu'une autonomie très limitée et doivent fonctionner dans des cadres précis pré-établis. Cet Etat est aussi le pourvoyeur de la totalité des budgets des centres. Les initiatives des citoyens et le développement communautaire ne l'intéressent que dans la mesure où ils correspondent à ses normes et à sa fonctionnalité.

- Les réponses globales des 99 centres face à cette perspective socio-étatique se lisent comme suit:

Attitudes en ce qui concerne une politique socio-étatique	Gvt. fédéral	Gvt. provincial	Gvt. municipal
Oui, à réaliser par le gouvernement...	7,07% des centres	20,40%	11,11%
Non, pour le gouvernement...	60,40%	62,02%	55,35%
Pas d'opinion en ce qui concerne le gouvernement...	7,88%	8,69%	8,69%
Pas de réponse en ce qui concerne le rôle du gvt....	24,65%	8.89%	24,85%

Ces réponses expriment un refus très clair d'une perspective socio-étatique généralisée, et ce aux trois niveaux de gouvernement. Une fois encore c'est le rôle du gouvernement provincial qui est perçu le plus clairement.

- La comparaison Québec-Ontario ne révèle aucune différence marquée. Le rôle du gouvernement munici-

pal, dans une perspective socio-étatique, est un peu plus affirmé par les centres ontariens (15,38% vs 8,33%). Par ailleurs le taux de sans opinion est, en regard des trois niveaux de gouvernement, plus élevé de 4% au Québec.

- La comparaison par statut révèle une nette différence entre le réseau public québécois et les O.A.V. dans le refus de la perspective socio-étatique: aux trois niveaux de gouvernement, le refus des CLSC du Québec est plus modéré que celui des O.A.V.:

	CLSC-QUE.	O.A.V.-QUE.	O.A.V.-ONT.
Refus - niveau fédéral	52,22%	63,81%	63,03%
Refus - niveau provincial	54,44%	62,86%	67,27%
Refus - niveau municipal	46,67%	59,04%	60%
Acceptation - niveau prov.	42,22%	10,48%	16,97%

En somme, la perspective socio-étatique est majoritairement refusée, mais garde les faveurs, au plan provincial, d'une partie assez importante du réseau public québécois.

4.2.4 Lieux de la Responsabilité publique vis-à-vis des services communautaires

- Les questions posées avaient pour but d'identifier précisément quel(s) niveau(x) de gouvernement est le plus apte à assurer la responsabilité publique vis-à-vis des centres de services communautaires.
- Les réponses se détaillent ainsi:

		Québec n60			Ontario n30			Total gén. n99
		Q.-Pub. n18	Q.-O.A.V. n42	Total n60	O.-Pub. n6	O.-O.A.V. n33	Total n39	
Pour 44,44% des centres la respons. publ. serait mieux assurée par un seul gvt...	Gvt. féd.	0%	2,38%	1,67%	0%	6,06%	5,13%	3,03%
	Gvt. prov.	55,55%	21,43%	31,67%	33,33%	33,33%	33,33%	32,32%
	Gvt. mun.	11,11%	4,76%	6,67%	0%	15,15%	12,82%	9.09%
Pour 55,56% des centres la respons. publ. serait mieux assurée par plusieurs niv. de gvt. conjointement...	Gvt. féd.	5,55%	26,19%	20%	33,33%	18,18%	20,51%	20,20%
	Gvt. prov.	27,77%	33,33%	31,66%	66,67%	33,33%	35,90%	33,33%
	Gvt. mun.	27,77%	33,33%	31,66%	16,67%	33,33%	30,77%	31,31%

- Ces réponses permettent de dire que le gouvernement provincial est choisi prioritairement par tous les centres:soit seul (pour 44,44%) soit en lien avec le fédéral ou le municipal pour 55,56% des répondants).
- Les niveaux provincial et municipal arrivent à égalité et en avance sur le niveau fédéral, dans l'hypothèse d'alliance de plusieurs gouvernements.

En conclusion à ce point de la perception du rôle de l'Etat, il ressort que la perspective socio-communautaire est privilégiée; mais les perspectives néo-libérale et socio-étatique ne sont pas exclues pour autant. En d'autres mots, il n'y a pas unanimité de vision entre les centres communautaires sur les rôles que devraient tenir les gouvernements à l'égard du communautaire, même s'il y a des convergences marquées.

La convergence la plus définie est la priorisation du gouvernement provincial. Très exprimée par le réseau public québécois, cette priorisation du gouvernement provincial est plus nuancée en ce qui concerne les O.A.V. des deux provinces.

Au terme de ce chapitre sur les Orientations des centres communautaires répondants, on peut avancer que, globalement, il existe de réelles orientations communautaires, avec toutefois des différences assez marquées entre le Québec et l'Ontario, entre les centres publics et les O.A.V.:

- il existe une philosophie d'intervention qui privilégie l'approche globale, avec toutefois des spécificités liées au statut des centres (prédominance québécoise);

- il existe un niveau assez élevé de participation de la population à l'identification des besoins, à la prise de décision des programmes et à la gestion des centres, avec toutefois des différences liées aux provinces et aux statuts des centres;
- il existe une certaine perception communautaire des utilisateurs des services comme partenaires, mais avec une présence aussi de l'image "client" plus forte en Ontario et de l'image "bénéficiaire" plus forte dans le réseau public québécois;
- il existe un choix prioritaire d'un rôle socio-communautaire de l'Etat, surtout au niveau du gouvernement provincial; mais cette priorisation à peu près égale dans les deux provinces n'élimine pas une certaine présence des perspectives néo-libérale et socio-étatique et des niveaux de gouvernement fédéral et municipal.

En somme, des convergences assez claires dans un ensemble qui demeure varié.

Chapitre VI. FONCTIONNEMENT DES CENTRES

Les orientations générales se traduisent toujours dans un fonctionnement qui les opérationnalisent. Compte-tenu de la priorisation relative d'orientations communautaires par les centres (chap. V), on devrait logiquement rencontrer un fonctionnement relativement communautaire.

Ce chapitre présente les informations fournies par les 99 répondants sur huit aspects de leur fonctionnement:

- Conseil d'administration,
- organisation du travail,
- services offerts,
- objectifs, procédures vs population,
- relation avec la communauté,
- rémunération des médecins,
- accessibilité.

1. CONSEIL D'ADMINISTRATION

1.1 Les questions posées

Une série de questions portent sur les conseils d'administration, dont certaines d'informations générales et d'autres directement liées à l'identification d'un fonctionnement communautaire. Un C.A. communautaire comprend une majorité de représentants élus de la population, fonctionne avec des mandats à terme, fait une place adéquate aux minorités ethniques de la communauté et a un rythme de réunion suffisant pour être significatif (minimum de 6/an).

1.2 Les réponses reçues

1.2.1 Au plan de l'information générale

On trouve aux conseils d'administration des 93 centres qui ont répondu à cette question:

- une moyenne de 12,18 membres par C.A. se répartissant ainsi:

  O.-Public: 12,65

  O.-O.A.V.: 10,36 moyenne O.: 11,03

  O.-Public: 10,25

  O.-O.A.V.: 14,58 moyenne O.: 14,08

- un pourcentage global de 47,93% d'hommes pour 52,07% de femmes, se répartissant ainsi:

	H	F			
Q.-Public:	46,05	/ 53,95%			
Q.-O.A.V.:	41,41	/ 58,59%	Total Q.:	H:	42,97%
				F:	57,03%
O.-Public:	58,54	/ 41,46%			
O.-O.A.V.:	53,98	/ 46,01%	Total O.:	H:	53,98%
				F:	46,01%

(majorité de femmes au Québec, d'hommes en Ontario).

1.2.2 Mandats

- Des mandats à termes fixes sont plus démocratiques que des mandats sans termes, car ils formalisent un processus de changement et évitent que des membres s'incrustent à vie empêchant des participations d'autres citoyens. Par ailleurs, le travail communautaire étant de type moyen ou long terme, des mandats d'une seule année sont moins adaptés à une réelle participation que des mandats de deux ou, surtout, trois ans.
- La situation vécue est la suivante (n96):
  . 84,38% des C.A. ont des mandats à termes fixes ce qui représente un score très élevé. Ce score est plus élevé au Québec qu'en Ontario (88,33% vs 77,78%). Il est de 100% pour le réseau public québécois.

. Les durées des mandats sont de:

. 1 an pour 27,16% (35,71% Ont. vs 22,64% Qué.)

. 2 ans pour 38,27% (42,86% Ont. vs 35,85% Qué.)

. 3 ans pour 34,57% (21,43% Ont. vs 41,51% Qué.)

La règle est à 100% uniforme dans le réseau public québécois: mandat fixe de 3 ans (la Loi). Les O.A.V. des deux provinces privilégient les termes de 2 ans (Q.-O.A.V.: 54,29%; O.-O.A.V.: 37,50%).

Au plan de la durée des mandats, une majorité très nette a un fonctionnement de type communautaire.

1.2.3 Représentation ethnique aux C.A.

- Le souci d'une représentation adéquate des minorités (ethniques ou autres) est toujours signe d'une qualité communautaire certaine (puisque les minorités, par définition, n'ont pas le pouvoir de s'imposer).
- La situation vécue est la suivante pour les 98 répondants: seulement 50% des répondants ont des minorités ethniques dans leur communauté et sont donc concernés. De ce nombre, 53,06% disent avoir une présence significative des minorités ethniques à leur C.A., ce qui est une très légère majorité. Elle se détaille comme suit:

. Q.-Public: 83,33%

. Q.-O.A.V.: 44,44% Total Qué.: 54,16%

. O.-Public: 50%

. O.-O.A.V.: 52,17% Total Ont.: 52%

Les deux provinces s'équivalent dans leur légère majorité (en ce qui concerne la représentation ethnique aux C.A.), avec toutefois un score très nettement plus élevé pour le réseau public québécois et légèrement plus faible pour les O.A.V. du Québec.

1.2.4 Nombre de réunions annuelles

- Le C.A. risque d'être une instance inutile et insignifiante s'il ne se réunit pas souvent; en ce cas, ce sont les personnels et administrateurs des centres qui risquent de s'en approprier la gestion, sans possibilité formelle de participation de la population. Un rythme de 9 à 12 réunions régulières par année permet généralement une participation adéquate (6 réunions par année étant vraiment un minimum; ce minimum est exigé par Centraide Montréal des organismes qu'il finance).
- La situation vécue est la suivante (n96):
  . 6,25% tiennent de 1 à 5 réunions/année (tous O.A.V. québécois et ontariens);
  . 10,42% tiennent de 6 à 8 réunions/année (tous O.A.V. québécois et ontariens);

. 71,87% tiennent de 9 à 12 réunions/année

. Q.-Public: 94,44%

. Q.-O.A.V.: 54,76% Total Qué.: 66,67%

. O.-Public: 100%

. O.-O.A.V.: 78,12% Total Ont.: 80,55%

. 11,46% tiennent 13 réunions et plus par année (Q.-Public: 5,56%; Q.-O.A.V.: 21,43%; O.-O.A.V.: 3,12%).

En somme, la grande majorité des centres ont un rythme de réunion favorable à une réelle participation, et ce, de façon plus nette en Ontario.

1.2.5 Nombre, statuts et modes de recrutement aux C.A.

- Un C.A. communautaire comprend normalement une majorité de représentants de la population, élus par la population.
- Les 96 centres répondants ont fourni les informations générales suivantes:
  . 61,98% des membres sont élus (par des collèges électoraux divers: population, usagers, associations, établissements, personnels du centre...). Le mécanisme d'élection est beaucoup plus fort au Québec qu'en Ontario (Q.-Public: 66,81% des membres du C.A.; Q.-O.A.V.: 73,77%; O.-Public: 44,68%; O.-O.A.V.: 47,92%).

- 39,16% des membres sont recrutés par sélection (comités ad hoc des C.A., gouvernements...). Le mécanisme de sélection est plus fort en Ontario qu'au Québec (Ont.: 52,38% dont 55,32% O.-Public et 52,08% O.-O.A.V.; Qué.: 28,75% dont 33,19% Q.-Public et 26,22% Q.-O.A.V.).

- En ce qui concerne, plus spécifiquement, les représentants de la population aux C.A., élus et/ou nommés, l'information reçue a déjà été présentée au chapitre précédent (chap. II,3). Il appert que le score communautaire le plus élevé revient très nettement aux O.A.V. du Québec, suivis des O.A.V. de l'Ontario (Q.-O.A.V.: 86.02% des membres des C.A., dont 69,12% élus et 16,91% nommés; O.-O.A.V.: 79,65% des membres des C.A. dont 44,20% élus et 35,45% nommés). Quant aux centres du réseau public québécois, les représentants de la population sont minoritaires dans leurs C.A.

2. PERSONNELS

2.1 La question posée

Pour réaliser une intervention communautaire cela prend le personnel nécessaire et adéquat. Cela peut signifier que les personnels de base pratiquent une intervention globale et pas seulement une intervention curative individuelle et/ou que le centre engage des personnels spécifiques pour le communautaire. L'idéal est sans doute une conjonction de ces deux possibilités. En outre, l'ouverture des centres à engager des personnels issus de la communauté (autodidactes compétents, bénévoles) signifie aussi une sensibilité certaine à des participations communautaires de type partenariat. Enfin l'engagement de personnels d'interventions alternatives manifeste une ouverture à de nouvelles formes d'interventions professionelles éventuellement stimulantes au plan communautaire.

La taille des centres est aussi à considérer en regard de l'intervention communautaire. La souplesse, la mobilité, l'initiative et l'autonomie essentielles à l'intervention communautaire sont des qualités peu compatibles avec la normalisation administrative inhérente aux gros systèmes institutionnels. Toutefois, l'intervention communautaire n'est pas plus accessible à un individu tout seul et suppose un nombre minimal de personnel pour constituer une ou des équipes, si possible pluri ou multidisciplinaires.

La question posée en regard du nombre et des types de personnels engagés par les centres permet d'identifier les personnels spécifiquement communautaires, mais ne permet guère de savoir si les personnels de base pratiquent ou non une approche globale. Elle permet aussi d'identifier le nombre moyen de personnel par centre.

2.2 La réponse reçue

Elle fournit les informations suivantes:

- réponse globale: les grandes catégories de personnels (liste détaillée disponible)

Province / Statut / Types de personnels	Québec n59			Ontario n36			Tot. gén. n95 Q.+O.
	Publ. n17	O.A.V. n42	Total n59	Publ. n6	O.A.V. n30	Total n36	
Total des pers. rémunérés	1 163,65 = 68,45/ centre	618,45 = 14,72/ centre	1 782,10 = 30,20/ centre	243 = 40,50/ centre	1 144,74 = 38,16/ centre	1 387,14 = 38,55/ centre	3 169,84 = 33,37/ centre
Personnel en SANTE (n+% vs pers. tot.)	488,35 = 41,97%	525,20 = 8,93%	543,55 = 30,50%	133,90 = 55,10%	532,14 = 46,49%	666,04 = 47,99%	1 209,59 = 38,16%
Personnel en SOCIAL	401,80 = 34,53%	451,85 = 73,06%	853,65 = 47,90%	55,10 = 22,68%	502,60 = 43,90%	557,70 = 40,19%	1 411,35 = 44,52%
Personnel adm. et de soutien	273,50 = 23,50%	111,40 = 18,01%	384,90 = 21,60%	54 = 22,22%	110 = 9,61%	164 = 11,82%	548,90 = 17,32%
Bénévoles avec form. spécif.	0	372	372	50	464	514	886
Bénévoles non formés	0	1 389	1 389	1	487	488	1 877
Total bénév.	0	1 761 = 41,93/ centre	1 761	51 = 8,50/ centre	951 = 31,70/ centre	1 002	2 763 = 29,08/ centre
Tot. gén. Rémun.+ Bénév.	1 163,65 =68,45/ centre	2 379 45 =56,65/ centre	3 543,10 =60,05/ centre	294 =49/ centre	2 095,74 =-69,86/ centre	2 389,74 =66,38/ centre	5 932,84 =62,45/ centre

- Au plan des personnels rémunérés, la moyenne générale de 33,37 employés par centre couvre une grande disparité au Québec entre la moyenne des centres publics (68,45: le double de la moyenne générale) et les O.A.V. Les CLSC sont en moyenne deux fois plus gros que les centres ontariens et presque cinq fois plus gros que les O.A.V. du Québec.
- La répartition des personnels entre la santé et le social est liée en fait à la mission spécifique des organismes: à ce titre on ne peut, par exemple, comparer les CLSC aux O.A.V. du Québec. La comparaison des CLSC avec les organismes ontariens montre un léger déficit des CLSC en santé et en social (le social étant inférieur à la santé pour tous), mais un taux deux fois plus élevé en terme de personnels administratif et de soutien.
- Les bénévoles se trouvent partout, sauf dans les CLSC du Québec. Les O.A.V. du Québec retiennent le plus de services bénévoles (pour compenser le faible nombre de personnel rémunéré? et/ou par philosophie d'intervention?).
- Le total des personnels rémunérés et des bénévoles donne une moyenne générale de 62,45 employés par centre. Ce qui est, à première vue, un nombre adéquat pour bâtir des interventions communautaires. Mais, dans les faits, il existe une extrême disparité de taille, certains centres ayant plusieurs centaines d'employés, d'autres n'ayant qu'un (1) seul permanent entouré d'une poignée de bénévoles (toujours des O.A.V. du Québec, ces derniers).

- La réponse au plan des employés de type communautaire s'établit comme suit:

Province / Statut / Employés communautaires	Québec n59			Ontario n36			Total Q.+O. n95
	Public n17	O.A.V. n42	Total Q. n59	Public n6	O.A.V. n30	Total O. n36	
Travailleurs communautaires	48,50	74,50	123	35,50	30,50	66	189
Techniciens en interv. comm.	8,60	30,50	39,10	0	75,00	75	114,10
Autodidactes/ Santé	0	15,20	15,20	3	123,00	126,00	141,20
Autodidactes/ Social	1	57	58,00	9	59,50	68,50	126,50
Bénévoles	0	1 761	1 761	51	951,00	1 002	2 763,00
P. Interv. alternative	0	0	0	0	0	0	0
Total	58,10	1 938,20	1 996,30	98,50	1 239,00	1 337,50	3 333,80
% vs total des personnels	4,99%	81,46%	56,34%	33,50%	59,11%	55,97%	56,19%

mêmes personnels moins les bénévoles (i.e. les personnels rémunérés seuls)							
Total	58,10	177,20	235,30	47,50	288	335,50	570,80
% vs total des personnels	4,99%	28,65%	13,20%	19,55%	25,16%	24,18%	18%

- En regard du total des personnels remunerés des centres, les employés de type communautaire représentent 18%. Le score de l'Ontario est plus fort que celui du Québec (24,18% pour 13,20%). Toutefois, le score le plus élevé revient aux O.A.V. du Québec (28,65%) et le plus faible, de façon très nette aux CLSC du Québec (4,99%, trois fois et demie plus faible que la moyenne générale).
- Si l'on totalise employés de type communautaire et bénévoles, la proportion des employés de type communautaire en regard du nombre total des employés, passe à 56,19%. Les deux provinces s'équivalent. Le score le plus élevé, très nettement, revient encore aux O.A.V. du Québec (81,46%) et le plus faible, très nettement aussi, aux CLSC du Québec (4,99%, onze fois plus faible que la moyenne générale et seize fois plus faible que la moyenne des O.A.V. du Québec).

En bref, en regard de l'intervention communautaire:

- le nombre moyen d'employés par centre, bénévoles compris semble adéquat;
- la proportion d'employés de type communautaire est relativement faible si on ne compte pas les bénévoles; avec les bénévoles, elle devient forte.

Il reste que les autres employés des services de base peuvent aussi réaliser des interventions de type communautaire (et le font probablement... mais la question ne permettait pas d'identifier ce point).

2.3 Personnels prêtés par d'autres ressources

Aux personnels de base des répondants, vient s'ajouter un total de vingt-deux (22) autres employés prêtés par d'autres ressources. Les CLSC du Québec en comptent cinq (5), venant du ministère de la Justice et de la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Les O.A.V. du Québec en comptent cinq (5) dont trois (3) viennent du monde scolaire. Les centres publics de l'Ontario en signalent deux (2), prêtés en partie pour des tâches administratives. Les O.A.V. de l'Ontario en comptent dix (10), prêtés pour des tâches administratives, pour les services d'aide à domicile et pour de l'éducation spécialisée. Ce fait manifeste, pour le moins, un minimum de concertation entre organismes.

2.4 Personnels vs minorités ethniques

- La question

Le souci d'être accessible aux minorités ethniques fait partie de l'approche communautaire. Deux questions -l'une sur la capacité de desservir les minorités ethniques dans leur(s) langue(s), l'autre sur l'engagement de personnels issus des minorités ethniques- avaient pour objectif d'identifier dans quelle mesure les centres répondent à ce besoin dans leur communauté.

- Les réponses à ces deux questions se lisent comme suit.

  . En ce qui concerne la capacité de desservir les minorités ethniques dans leur(s) langue(s), 58,07% des centres concernés répondent oui et 41,93%, non (pour 36,08% la question ne s'applique pas). La différence entre le Québec et l'Ontario est nette en faveur de l'Ontario: 65,38% de réponses oui pour 52,78% au Québec. Toutefois, le score le plus élevé de réponses oui revient, très nettement aux CLSC du Québec: 88,89% (pour 40,74% aux O.-O.A.V. et 65,22% aux O.-O.A.V.).

  . En ce qui concerne l'engagement de personnels issus des minorités ethniques, 57,14% des centres concernés répondent oui et 42,86%, non (pour 35,79% la question ne s'applique pas). La différence très nette entre le Québec et l'Ontario est en faveur de l'Ontario: 70% de réponses oui pour 45,45% au Québec. Le score le plus bas, de façon très nette, est celui des O.A.V. Québec (38,46%), cependant que celui des CLSC du Québec (71,43%) équivaut à celui des O.A.V. ontariens (70%).

En somme, pour une majorité des centres, le souci communautaire à l'égard des minorités ethniques est assez présent pour qu'on ait trouvé des moyens concrets de répondre mieux à leurs besoins. Toutefois, le nombre de centres qui ne le font pas demeure relativement élevé (de l'ordre de 42%). Les O.A.V. du Québec ont le score le plus bas, de façon nette.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL

3.1 Les questions posées

Une série de quatre (4) questions touche à l'organisation du travail en solo, en équipes uni ou pluridisciplinaires. Les impératifs de l'approche globale visée par le communautaire s'accordent mal avec le travail en solo ou en équipes unidisciplinaires (même si certaines interventions s'y réalisent en solo ou en équipes unidisciplinaires, surtout au niveau curatif). A ce plan, le degré d'organisation du travail en équipes multidisciplinaires est un facteur qui conditionne le degré d'atteinte d'une approche vraiment communautaire. On aura compris qu'il ne s'agit pas du tout que n'importe qui fasse n'importe quoi, mais bien de pouvoir appréhender les situations vécues dans leur globalité, par la complémentarisation et le renforcement mutuel des compétences spécifiques des divers intervenants. Cela n'a rien à voir avec une déprofessionnalisation brutale et stupide, même si cela pose question à certaines rigidités professionnelles.

3.2 Les réponses

- Dans 70,70% des 99 centres répondants, le personnel est totalement regroupé en équipes ou modules de travail; dans 8,08% des centres il ne l'est que partiellement. Le regroupement en équipes est plus fort au Québec qu'en Ontario (75%

pour 64.10%); au Québec même, 100% des CLSC sont ainsi organisés (pour 64,29% des O.A.V. du Québec, 57.58% des O.A.V. de l'Ontario et 100% des centres publics de l'Ontario).

- Les 70 (70,70%) centres organisés en équipes précisent ainsi le(s) type(s) d'équipes en oeuvre: unidisciplinaires (8,57%: 12% pour l'Ontario et 6,67% pour le Québec où on compte 0% pour les CLSC); pluridisciplinaires (38.57%: 16% en Ontario et 51.11% pour le Québec dont 59.26% pour les O.A.V. et 38.29% pour les CLSC); certaines unidisciplinaires et d'autres pluridisciplinaires (52.86%: 72% en Ontario et 42.22% au Québec dont 61,11% pour les CLSC et 29,63% pour les O.A.V.).
- Des 21,21% centres dont le personnel n'est pas regroupé en équipes, la presque totalité (19,19%, dont 23,08% en Ontario et 16,67% au Québec) donne comme raison le trop petit nombre de personnel pour que la constitution d'équipes soit possible. Les autres 2,02% (O.A.V. ontariens)- disent que c'est par choix.

Dans l'ensemble, les 99 centres répondants se sont donc dotés d'une organisation du travail favorable à l'approche globale ou communautaire.

4. SERVICES OFFERTS

4.1 La question

L'approche globale communautaire se traduit par l'offre d'une large gamme de services incluant à la fois les dimensions du curatif et du préventif, de l'individuel et du collectif, de la personne et des structures. Tous les centres communautaires ne possèdent pas les ressources nécessaires pour mettre en place une telle approche, mais c'est là que les collaborations statutaires et les concertations prennent leur importance. Plusieurs questions avaient pour objectif d'identifier les services offerts, sous plusieurs angles: volume des services curatifs individuels, volume des interventions collectives, liste des services.

4.2 Les réponses reçues

- Les réponses relatives au volume des services curatifs individuels et au volume des interventions collectives ont déjà été présentées au premier chapitre (I, 6). Les réponses relatives à la gamme de services offerts sont déjà présentées au chapitre V (V, 1.2). On n'en répètera pas le détail ici.
- L'ensemble permet de conclure que les centres locaux et communautaires offrent un large éventail de services et ne se cantonnent pas à l'intervention curative individuelle.

Ils performent surtout au niveau des services préventifs. Quant à la dimension collective de changement social, les réponses demeurent plus floues et aussi plus moyennes.

5. OBJECTIFS ET PROCEDURES VS POPULATIONS

5.1 La question

On peut penser qu'un centre communautaire trouve très important que ses objectifs soient acceptés par la communauté; car après tout, la légitimité des objectifs d'un centre qui se veut communautaire vient de sa communauté: c'est aussi un aspect de la participation. Dans la même logique et sans interférer indûment dans la gestion interne quotidienne, on peut penser que la population n'a pas à être assujettie à des procédures ou consignes établies complètement en dehors d'elle et appliquées de façon rigide et mécanique. Autant il importe (pour éviter l'anarchie ou l'arbitraire) qu'existent des procédures et des consignes claires, compréhensibles et diffusées à tous, autant il importe que l'application de ces procédures et consignes demeure souple et laisse place aux situations inédites, toujours présentes dans le communautaire. Autrement dit, il n'est pas absolument important de prévoir à l'avance toutes les éventualités (c'est d'ailleurs impossible) ni d'appliquer les procédures et consignes de façon toujours

rigoureuse. C'est une question d'esprit, de climat et pas seulement de mécanique organisationnelle. Lorsque c'est réduit à la mécanique, les utilisateurs des services sont robotisés. Mais il faut des procédures, sinon c'est l'anarchie. Certains centres communautaires ont perdu tout crédit pour n'avoir pas veillé à ce point. Ni la rigidité ni le laisser-faire ne sont valables dans le communautaire, car l'intervention communautaire a autant besoin que toute autre d'une gestion saine et adéquate. En somme, c'est une question de politique générale à établir. Une série de quatre questions avait pour objectif d'identifier la politique des centres sur ces points.

5.2 Les réponses obtenues

5.2.1 A l'énoncé: "Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la direction et les employés", une très grande majorité des centres (85,26%) ont répondu que c'est très important. Ce score est à peu près également réparti, avec une légère prédominance pour les O.A.V. (Q.-O.A.V.: 87,80%; Q.-Public: 76,47%; O.-O.A.V.: 86,49%; O.-Public: 66,67%). Ce qui signifie que la très grande majorité des centres optent pour une certaine démocratie participative à l'interne (ce qui paraît une condition pour pouvoir l'avoir aussi à l'externe!). Quant aux réponses "moyennement important" (7,38%) et "peu important" (1,05%) elles se retrouvent surtout

chez les centres publics. Une proportion de 6,32% des centres, tous du Québec, disent ne pas avoir de politiques sur ce point.

5.2.2 A l'énoncé: "Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la population que dessert le centre", les réponses sont plus partagées:

- c'est très important pour 53,12% des centres (Q.-Public: 41,18%; Q.-O.A.V.: 45%; O.-Public: 66,67%; O.-O.A.V.: 66,67%);
- c'est moyennement important pour 27,08% des centres (Q.-Public: 23,53%; Q.-O.A.V.: 30%; O.-Public: 33,33%; O.-O.A.V.: 24,24%);
- c'est peu important pour 2,08% des centres (5% des O.A.V. du Québec);
- il n'y a pas de politique pour 17,71% des centres (Q.-Public: 35,29%; Q.-O.A.V.: 20%; O.-Public: 0%; O.-O.A.V.: 9,09%).

Les centres ontariens accordent nettement plus d'importance à l'acceptation des politiques par la population. Mais, de façon générale, le score n'est pas très fort, surtout au Québec.

5.2.3 A l'énoncé: "Les procédures et consignes doivent prévoir à l'avance toutes les éventualités", les réponses sont très partagées et à peu près également

réparties sur les quatre possibilités de réponses:

- c'est très important pour 26,04% des centres (Q.-Publ: 0%; Q.-O.A.V.: 30%; O.-Publ.: 50%; O.-O.A.V.: 31,25%);
- c'est moyennement important pour 31,25% des centres (Q.-Publ.: 27,78%; Q.-O.A.V.: 27,50%; O.-Publ.: 33,33%; O.-O.A.V.: 37,50%);
- c'est peu important pour 21,88% des centres (Q.-Publ.: 44,44%; Q.-O.A.V.: 17,50%; O.-Publ.: 16,67%; O.-O.A.V.: 15,62%);
- il n'y a pas de politique pour 20,83% des centres (Q.-Publ.: 27,78%; Q.-O.A.V.: 25%; O.-Publ.: 0%; O.-O.A.V.: 15,62%).

Si on accepte les prémisses avancées, c'est l'opinion "moyennement important" qui représente l'attitude la plus adaptée en intervention communautaire.

5.2.4 A l'énoncé: "Les procédures et consignes doivent être toujours appliquées de façon rigoureuse", les réponses sont relativement partagées, sauf dans un cas:

- c'est très important pour 16,67% des centres (Q.-Public: 0%; Q.-O.A.V.: 12,50%, O.-Public: 50%; O.-O.A.V.: 25%; on notera la nette prédominance ontarienne);
- c'est moyennement important pour 50% des centres (Q.-Public: 72,22%; Q.-O.A.V.: 47,50%; O.-Public: 33,33%; O.-O.A.V.: 43,75%; on notera la prédominance des CLSC du Québec);

- c'est peu important pour 13,54% des centres (Q.-Public: 5,55%; Q.-O.A.V.: 20%; O.-Public: 16,67%; O.-O.A.V.: 9,37%);
- il n'y a pas de politique pour 19,80% des centres (Q.-Public: 22,22%; Q.-O.A.V.: 20%; O.-Public: 0%; O.-O.A.V.: 21,88%).

Si on accepte les prémisses avancées, c'est l'option "moyennement important" qui est la plus favorable dans une intervention communautaire, ce qu'adopte la moitié des centres.

De façon globale, on constate que les centres ne sont pas prêts à accorder à la communauté la place qu'ils se donnent à eux-mêmes en regard des objectifs (encore moins au Québec qu'en Ontario). En regard des procédures et consignes les options sont très partagées sauf dans un cas (Q.-Public pour l'application des procédures et consignes). Ils ne ressort pas de cet ensemble d'options clairement communautaires (comme si cette analyse était encore à faire ou comme si on n'avait pas pensé que ces questions de partage d'objectifs avec la communauté ou d'application des procédures et consignes avaient aussi quelque chose à voir avec l'intervention communautaire). Si on met ces réponses en parallèle avec les réponses relatives à la participation de la population à l'identification des besoins et à la décision des programmes (qui dénotent des scores très élevés de participation), on a l'impression qu'une fois les besoins analysés et les programmes décidés avec la population, on laisse ensuite cette dernière de côté en ce qui concerne la gestion opérationnelle quotidienne.

6. RELATIONS AVEC LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTE

6.1 Il est facile de comprendre que l'intervention communautaire avec son approche globale implique, de par sa nature même, le travail avec la communauté et, de façon particulière, avec les autres organismes de la communauté concernés par les mêmes problématiques. Plus existent de collaborations statutaires et de concertations établies, plus la communauté a de possibilités de développement collectif. L'isolement n'est pas de mise dans le communautaire. Cela signifie travailler avec d'autres ressources et faire partie de regroupements d'organismes oeuvrant dans les mêmes domaines (bien que les regroupements d'organismes ont aussi d'autres objectifs que le développement de leurs communautés, tels que la promotion de leurs intérêts spécifiques d'organismes).

6.2 Les réponses

- Une première série de réponses a déjà été analysée en regard du volume d'interventions collectives réalisées (chap. IV, 6). Cette analyse des projets collectifs de 61 centres répondants révèle que des collaborations/concertations existent avec 1 329 autres organismes, soit 66,72% des organismes potentiellement concernés par les projets collectifs en

cours. Ce score relativement élevé témoigne de la réalité d'un certain volume de relations.

- A la question demandant si le centre a travaillé de façon plutôt indépendante des autres ressources ou services, 86,46% des centres répondent non (Q.-Public: 100%; Q.-O.A.V.: 84,21%; O.-Public: 100%; O.-O.A.V.: 81,81%), ce qui représente un score très élevé de "non isolement"; on notera la prédominance des centres publics.
- A la question demandant si le centre a établi des relations ponctuelles et occasionnelles avec les autres ressources, 57,14% des centres répondent oui (Q.-Public: 70,58%; Q.-O.A.V.: 75%; O.-Public: 66.67%; O.-O.A.V.: 30,30%). Le score des O.A.V. ontariens détonne beaucoup par rapport aux autres. En fait, la question était quelque peu équivoque. Elle pouvait être interprétée dans le même sens que la question précédente: v.g. on travaille isolément, on n'a que des collaborations ponctuelles... auquel cas, des centres vraiment communautaires sont justifiés de répondre plutôt non. La question pouvait aussi signifier tout simplement qu'à l'occasion on a des collaborations avec d'autres, sans que cela implique une attitude générale d'isolement: auquel cas, la réponse oui se justifie, même pour des centres très communautaires. En fait, la vraie situation des centres est révélée, sans équivoque, à la question suivante.

- A la question demandant si le centre a établi des concertations relativement statutaires avec les autres ressources de la communauté, 87,23% des centres répondent oui, ce qui représente un score très élevé (Q.-Public: 94,44%; Q.-O.A.V.: 75,68%; O.-Public: 83,33%; O.-O.A.V.: 96,97%). On notera le score plus faible des O.A.V. du Québec.
  Dans l'ensemble, le niveau de collaboration requière et/ou de concertation statutaire est très élevé pour tous les centres.
- A la question demandant si le centre fait partie d'un ou de plusieurs regroupements d'organismes et à quel niveau (local, régional, provincial, national), 83,84% des centres répondent oui (Q.-Public: 88,89%; Q.-O.A.V.: 85,71%; O.-Public: 50%; O.-O.A.V.: 84,55%). Ces oui se détaillent ainsi:*

Province / Statut / Niveau de Regroupement	Québec			Ontario			Total Q.+O. n96
	Public n18	O.A.V. n42	Total Q. n60	Public n6	O.A.V. n33	Total O. n39	
Local	22,22%	40,48%	35%	33,33%	60,60%	56,41%	43,43%
Régional	27,78%	57,14%	48,33%	33,33%	33,33%	33,33%	42,42%
Provincial	83,33%	42,86%	55%	33,33%	63,64%	58,97%	56,57%
National	0%	7,14%	5%	0%	33,33%	28,20%	14,14%
Nombre moyen d'appartenance à regroup./c.	1,33	1,48	1,43	1	1,91	1,77	1,57

---

* Voir note au bas de la p. 64

On peut émettre l'hypothèse que les regroupements au niveau national ou provincial sont plutôt du genre association ou fédération, dont l'objectif premier est la défense et la promotion de ses membres: ce type de regroupement n'est pas le plus pertinent à la recherche. Par contre, les regroupements au niveau régional et surtout local sont probablement davantage centrés sur la réalisation de projets de type collectif (genre concertation): ce type de regroupement est pertinent pour l'étude.

Compte-tenu du nombre moyen d'appartenance à des regroupements par centre, on ne peut conclure que, de façon générale, le même centre appartient à un regroupement local et à un regroupement régional. Le score atteint, dans un cas comme dans l'autre, est moyen. Au niveau local, les O.A.V. de l'Ontario atteignent un score nettement plus élevé et les CLSC du Québec, un score nettement plus faible. Au niveau régional, les O.A.V. du Québec ont un score nettement plus élevé; à ce niveau aussi, les CLSC du Québec sont les plus faibles (par contre, au niveau provincial, ils sont très regroupés).

7. REMUNERATION DES MEDECINS

7.1 La question

Le mode de rémunération des médecins influence directement le type de médecine pratiquée. La rémunération à l'acte promeut inévitablement une pratique de type individuel curatif. Le mode de rémunération le plus adapté à une intervention globale est sans conteste le salariat (ou, en second lieu, la vacation). Les questions posées voulaient identifier la situation en vigueur et la situation souhaitée, sur ce point précis.

7.2 La réponse

Quarante-trois centres ont répondu à ces deux questions, les centres dispensant uniquement des services sociaux n'étant pas concernés.(Les réponses en regard des divers modes de rémunération ne sont pas mutuellement exclusives.)

7.2.1 Le salariat est globalement le mode de rémunération le plus utilisé (68,29% des centres) et le plus souhaité (79,06%). L'analyse détaillée des réponses révèle ce qui suit:

Salariat	Q.-Publ. n18	Q.-O.A.V. n7	O.-Publ. n3	O.-O.A.V. n15	Total gén.
la réalité	100%	0%	33,33%	69,23%	68,29%
le souhait	88,89%	28,57%	66,67%	80%	79,06%

Le niveau du souhait est très élevé, sauf pour les O.A.V. du Québec. Les CLSC du Québec, qui pratiquent le salariat des médecins à 100% des cas, ne le souhaitent qu'à 88,89% des cas.

7.2.2 La rémunération à la vacation ou à honoraires utilisée dans 41,46% des centres n'est souhaitée que par 20,93%. Le détail est le suivant:

Vacation-Honoraires	Q.-Publ. n18	Q.-O.A.V. n7	O.-Publ. n3	O.-O.A.V. n15	Total gén.
la réalité	50%	28,57%	66,67%	30,77%	41,46%
le souhait	33,33%	28,57%	0%	6,67%	20,93%

De toute évidence, ce mode de rémunération moyennement utilisé n'est pas objet de voeux.

7.2.3 La rémunération à l'acte utilisée dans 24,39% des centres n'est souhaitée que par 23,26%, ce qui représente une stabilité globale. Le détail toutefois révèle quelques différences entre la réalité et le souhait chez les O.A.V. (et en des directions opposées):

Rémunération à l'acte	Q.-Publ. n18	Q.-O.A.V. n7	O.-Publ. n3	O.-O.A.V. n15	Total n43
la réalité	5,55%	87,71%	33,33%	15,38%	24,39%
le souhait	5,55%	42,86%	33,33%	33,33%	23,26%

De façon globale, le mode de rémunération pratiqué et souhaité, à un score très élevé, est le salariat. Ce qui est tout à fait pertinent dans une approche globale communautaire.

8. ACCESSIBILITE

8.1 La question

Il est important, pour tout service, d'être accessible. Dans le domaine communautaire, par définition, l'accessibilité fait partie inhérente de la définition même de l'intervention communautaire. Par une série de questions, les centres étaient invités à identifier leur accessibilité aux aspects suivants:

- nombre d'heures d'ouverture par semaine: cette dimension est relative à la mission même du centre, à son environnement, à l'existence d'autres ressources dans la communauté, aux besoins de la communauté, et aussi aux possibilités en personnels et budget. C'est pourquoi, cet aspect à lui seul ne peut indiquer le degré d'accessibilité des centres et ne possède qu'une valeur relative;
- l'existence d'un service d'urgence pendant les pé-iodes où le centre est fermé (aspect relatif lui aussi, pour les mêmes raisons que celui du nombre d'heures d'ouverture); la possibilité de rejoindre plus ou moins facilement des intervenants du centre en dehors des heures d'ouverture, en cas d'urgence, ... ce qui devrait être possible facilement en contexte communautaire;
- l'adéquation de la localisation du centre, des moyens de transport pour y parvenir et des moyens de communication (téléphone, radio, etc,) en fonction de la communauté à desservir.

Plus un centre est ouvert longtemps, possède un service d'urgence ou, du moins, offre la possibilité de contacter des intervenants en dehors des heures d'ouverture, et est accessible aux niveaux de la localisation, du transport et des moyens de communication, plus cela facilite une réelle présence et intervention communautaire.

8.2 Les réponses

8.2.1 Nombre d'heures d'ouverture/semaine

Les réponses permettent de préciser, outre le nombre brut d'heures d'ouverture par semaine, les moments d'ouverture. Les réponses des 98 centres répondants se lisent comme suit:

Province Statut N. d'heures et pér. d'ouvert.	Québec n60			Ontario n38			Total gén. Q.+O. n98
	Publ. n18	O.A.V. n42	Total Q. n60	Pub. n6	O.A.V. n32	Total O. n38	
Ouverture le jour (v.g. 9-17h)	100% centres	85,71%	90%	100%	78,12%	81,58%	86,73%
Ouverture le soir (serv.-groupes)	66,67%	40,48%	48,33%	0%	31,25%	26,32%	39,80%
Ouverture les fins de sem.	*33,33%	23,83%	38,09%	0%	18,75%	15,79%	22,45%
Ouverture 24h/24	**5,55%	14,27%	14,29%	0%	21,87%	18,42%	13,26%
Moy. d'h. d'ouverture/sem./c.	47,08h	63,64h	58,67h	41,00h	79,53h	73,44h	64,40h

* pour les services de maintien à domicile
** pour les services de médecins (région rurale)

- Avec toute la relativité à attribuer à ces chiffres, on peut toutefois remarquer que le nombre d'heures moyen d'ouverture par semaine est assez élevé: 64,40h/semaine. Ce chiffre couvre des disparités entre provinces et entre statuts: les O.A.V. du Québec et de l'Ontario sont ouverts plus longuement et ce, de façon très nette: la moyenne ontarienne est nettement plus élevée que la moyenne québécoise (73,44 h/sem. vs 58,76 h/sem.).
- Pour l'ouverture le soir et les fins de semaine, la moyenne québécoise est plus élevée (surtout en ce qui concerne les CLSC, le soir), mais pas les fins de semaine où l'ouverture signalée ne concerne qu'un service, le maintien à domicile, à l'exclusion des autres.
- l'Ontario compte plus de centres ouverts 24h sur 24 (ce qui explique sa prédominance quant à la moyenne générale). Au Québec, les O.A.V., plus que le réseau public, sont ouverts 24h sur 24 (un centre du réseau public signale n'ouvrir que pour un seul service).

Il est impossible, à partir de ces données seulement, d'évaluer la réelle disponibilité en regard des besoins de la communauté, car le nombre d'heures d'ouverture dépend de trop de facteurs pour être significatif en lui-même.

8.2.2 Service d'urgence ou, sinon, accessibilité en période de fermeture

Les réponses des 99 centres se lisent comme suit:

Province / Statut / Service d'urgence	Québec n60			Ontario n39			Total Q.+O. n99
	Publ. n18	O.A.V. n42	Total Q. n60	Publ. n6	O.A.V. n33	Total O. n33	
Exist. serv. d'urgence-OUI	16,67%	40,48%	33,33%	66,67%	51,52%	53,85%	41,41%
Exist. serv. d'urgence-NON	83,33%	59,52%	66,67%	33,33%	48,48%	46,15%	58,59%
Non Serv. urg.-access. en pér. de fermeture	n13	n26	n39	n2	n14	n16	n55
Jamais ou exceptionn.	76,92%	34,62%	48,72%	0%	35,71%	31,25%	43,63%
Facilement ou souvent	23,08%	65,38%	51,28%	100%	64,29%	68,75%	56,37%

- Dans l'ensemble, deux centres sur cinq ont un service d'urgence. Toutefois, la moyenne de l'Ontario est nettement plus élevée que la moyenne québécoise. La moyenne la plus faible, de façon très marquée, revient aux CLSC du Québec (16,67% pour une moyenne générale de 41,41%).
- En l'absence d'un service d'urgence formel, reste toutefois la possibilité de rejoindre un(des) intervenant(s) du centre, en cas d'urgence, pendant les périodes de fermeture du centre: pour cela aussi, les

centres ontariens sont nettement plus accessibles que les centres du Québec. Ici encore, l'accessibilité la plus faible, de façon très marquée, revient aux CLSC du Québec.

8.2.3 Accessibilité physique des centres

Les réponses des 99 centres se lisent comme suit:

Province / Statut / Accessibilité phys.	Québec n60			Ontario n60			Total gén. n99
	Publ. n18	O.A.V. n42	Total Q. n60	Publ. n18	O.A.V. n42	Total O. n60	
Localisation							
• Très adaptée	66,67%	80,95%	76,67%	66,67%	78,79%	76,92%	76,77%
• Moy. adaptée	22,22%	14,29%	16,67%	33,33%	21,21%	23,08%	19,19%
• Peu adaptée	11,11%	4,76%	6,66%	0%	0%	0%	4,04%
Transports							
• Très adaptés	27,78%	69,05%	56,67%	66,67%	78,79%	76,92%	64,65%
• Moy. adaptés	33,33%	23,81%	26,67%	33,33%	21,21%	23,08%	25,25%
• Peu adaptés	38,89%	7,14%	16,66%	0%	0%	0%	10,10%
Moyens/comm.							
• Très adaptés	88,89%	80,95%	83,33%	100%	93,94%	94,87%	87,88%
• Moy. adaptés	11,11%	16,67%	15%	0%	6,06%	5,13%	11,11%
• Peu adaptés	0%	2,38%	1,67%	0%	0%	0%	1,01%

- L'indice moyen général d'accessibilité est très élevé pour la localisation des centres et surtout pour les moyens de communication. Et ce, pour tous les centres dans les deux provinces, avec une légère prédominance des centres ontariens.

- Concernant les moyens de transport, l'indice d'accessibilité est assez élevé, mais moins que les autres. L'Ontario prédomine nettement. L'indice le plus faible -et il est très faible comparativement à la moyenne générale- est celui des CLSC du Québec. (On notera toutefois que les répondants ontariens et les O.A.V. du Québec sont proportionnellement plus urbains que les CLSC qui ont répondu. A niveau d'urbanité équivalent, on obtiendrait peut-être un niveau d'accessibilité équivalent pour les transports?)

8.2.4 Accessibilité générale

De façon globale, si on met en corrélation les réponses obtenues pour chaque question sur l'accessibilité, on obtient le tableau général suivant:

Province / Statut — Accessibilité	Québec n60			Ontario n39			Total Q.+O. n99
	Publ. n18	O.A.V. n40	Total Q. n60	Publ. n6	O.A.V. n33	Total O. n39	
Nombre moy. d'h. d'ouv./ semaine	47,08h	63,64h	58,67h	41,00h	79,53h	73,44h	64,40h
Exist. d'un serv. d'urg.	16,67%	40,48%	33,33%	66,67%	51,52%	53,85%	41,41%
Non urg.-acces. fac. et fréq. en pér. ferm.	23,08%	65,38%	51,28%	100%	64,29%	68,75%	56,37%
Adéquation de localisation	66,67%	80,95%	76,67%	66,67%	78,79%	76,92%	76,77%
Adéquation des transports	27,78%	69,05%	56,67%	66,67%	78,79%	76,92%	64,65%
Adéquation des moy. de comm.	88,89%	80,95%	83,33%	100%	93,94%	94,87%	87,88%
Accessibilité moy. gén.	44,62%	67,36%	60,26%	80,00%	73,47%	74,26%	65,42%

La moyenne générale des indices d'accessibilité -en omettant dans ce calcul le nombre d'heures d'ouverture/ semaine- est moyennement élevé: 65,42%. Les centres ontariens ont un score moyen plus élevé que les centres québécois: 74,26% pour 60,26%. A noter toutefois que le nombre restreint de centres publics ontariens (n6) dans l'échantillon ne permet pas de généraliser.

La comparaison par statuts -si on exclut les centres publics de l'Ontario- donne le score le plus élevé aux O.A.V. de l'Ontario (73,47%: nettement au-dessus de la moyenne générale); suivent les O.A.V. du Québec (proches de la moyenne générale avec un indice d'accessibilité de 67,36%); suivent les centres publics du Québec, dont le score (44,62%) se situe très nettement au-dessous de la moyenne générale (et ce, non seulement pour les moyens de transport -voir remarque plus haut- mais aussi pour les autres indices, y compris le nombre d'heures d'ouverture par semaine, normis les moyens de communication).

Pour conclure ce chapitre sur le fonctionnement communautaire des centres, on peut noter quelques grandes observations. Le résumé qui suit demeure général et ne rend pas compte des disparités existantes, parfois très importantes, selon les provinces et les statuts des centres.

1. Les réponses sur les orientations montrent l'existence de:
   - une philosophie d'intervention qui privilégie l'approche globale communautaire à un niveau moyennement élevé;
   - un niveau élevé de participation de la population à l'identification des besoins, à la décision des programmes et à la gestion générale des centres;
   - une perception moyenne des utilisateurs des services comme partenaires;
   - un choix prioritaire, avec une prédominance moyennement élevée, d'un rôle étatique (surtout provincial) de type socio-communautaire favorable au communautaire;

   bref... un choix réel, mais ni exclusif ni toujours très net, de l'option de développement communautaire.
2. Les réponses sur le fonctionnement devraient, logiquement, corroborer ce "choix prioritaire moyen" du développement communautaire qu'indiquent les orientations:
   - les C.A. ont un fonctionnement très nettement communautaire en regard des mandats, de la fréquence des réunions et de la représentation de la population (prédominance au Québec); un fonctionnement moyennement communautaire en regard des minorités ethniques (prédominance légère au Québec);
   - en regard de la totalité des personnels rémunérés des centres, la proportion des personnels directement communautaires est faible (prédominance ontarienne); en y ajoutant les bénévoles, cette proportion devient forte

.../...

(égalité des deux provinces); quant au nombre moyen de personnel par centre, il paraît tout à fait adéquat pour la réalisation d'une réelle intervention communautaire; la mise en place de modalités, en terme de personnel intervenant, pour répondre adéquatement aux besoins des minorités ethniques est moyenne (nette prédominance ontarienne);

- l'organisation en équipe multi ou pluridisciplinaire, favorable au communautaire, atteint un score relativement élevé (légère prédominance québécoise);
- l'éventail des services offerts comprend des services curatifs, préventifs et collectifs; le fait d'offrir à la fois un tel éventail de services témoigne d'une intervention qu'on peut qualifier de globale (surtout au plan des services de prévention, car la prestation de services à dimension collective demeure relativement moyenne) (prédominance québécoise);
- la place faite à la population en regard des objectifs et du système de procédures et consignes, c'est-à-dire en regard de la gestion opérationnelle quotidienne, n'apparaît pas très forte (prédominance ontarienne);
- en regard des relations de travail avec les autres ressources du milieu, le niveau de concertations statutaires est très élevé, ce qui est l'une des conditions de réalisation d'approches globales (niveau égal des deux provinces); par contre, le niveau d'appartenance à

.../...

des regroupements locaux et/ou régionaux est moyen (prédominance ontarienne);

- pour le mode de rémunération des médecins, le choix est très clair en faveur du salariat, qui est la modalité la plus favorable à une pratique médicale communautaire (prédominance nette des CLSC du Québec);
- pour l'ensemble des centres, le niveau atteint en regard des indices d'accessibilité (horaires, services d'urgence, accessibilité physique) est moyennement élevé (prédominance ontarienne).

En somme, comme pour les orientations, l'analyse d'un certain nombre d'aspects du fonctionnement quotidien des centres indique un choix prioritaire d'une intervention et d'une organisation de type communautaire. Mais ce choix prioritaire demeure moyen à plusieurs égards, tout en étant fort à d'autres. En fait, l'adhésion moyennement élevée à la perspective communautaire au plan des orientations se traduit par un niveau de fonctionnement moyennement communautaire.

Chapitre VII. FINANCEMENT DES CENTRES

Compte-tenu de la priorisation relative d'orientations communautaires par les centres, on devrait logiquement rencontrer un "univers de financement" relativement communautaire (tout comme le fonctionnement des centres s'avère relativement communautaire).

Ce chapitre présente les informations fournies par les 99 répondants sur neuf aspects de leur situation financière:

1. Budgets (année 1986-87)
2. Suffisance des budgets réels vs besoins
3. Sources de financement
4. % affectations en santé vs en social
5. Récurrence vs non-récurrence
6. Modes de financement
7. Financement des nouveaux programmes en 1986-87
8. Respect des bailleurs de fonds vs autonomie des centres
9. Attentes vs les niveaux de gouvernements

1. BUDGETS DES CENTRES EN 1986-87

1.1 La question

L'une des constantes majeures dans les discussions sur les centres communautaires, du moins au Québec, est le constat chronique du sous-financement de ce niveau d'intervention, surtout en ce qui concerne les O.A.V.; un autre aspect des propos québécois concerne le sous-financement des O.A.V. par rapport aux centres du réseau public. En Ontario, les politiques ministérielles étant différentes envers les O.A.V, la situation se présente différemment.

Afin de mieux savoir de quelles masses budgétaires on parle dans ces propos et de mieux distinguer ce qui relève de la réalité de ce qui relève des préjugés, une question était posée sur les budgets des centres pour les trois derniers exercices financiers (1984-85, 1985-86, 1986-87).

1.2 La réponse

La presque totalité des centres (91 sur 99) s'est contenté d'indiquer le budget pour l'année 1986-87. C'est donc cette information qui est ici analysée pour les 91 centres répondants:

Province / Statut / Budget 1986-87	Québec			Ontario			Total
	Public n=18	O.A.V. n=36	Total Q. n=54	Public n=6	O.A.V.** n=29	Total O. n=35	Q.+O. n=89
Total des budgets des centres	42 717 103	7 752 455	50 469 558	12 255 779	19 491 637	31 747 416	82 216 974
Moyenne de budget par centre	2 373 172	215 346*	934 621	2 042 630	672 125	907 069	923 786
Nombre de centres à budget de 1 million et +	100%	5,55%	37,04%	66,66%	24,14%	31,43%	34,83%
Nombre de centres à budg. entre 500 000$ et 999 000$	0%	5,55%	3,70%	16,67%	27,59%	25,71%	12,36%
Nombre de centres à budg. entre 100 000$ et 499 000$	0%	36,11%	24,07%	16,67%	34,48%	31,43%	26,97%
Nombre de centres à budg. entre 1 000 $ et 99 000 $	0%	52,78%	35,19%	0%	13,79%	11,43%	25,84%
Budget le + élevé vs Budget le + bas	3 895 798 vs 1 381 187	2 200 000 vs 3 200		3 250 000 vs 150 000	2 500 000 vs 41 100		

* Ce total inclut un organisme hors norme dont le budget est de 2 200 000 $. Si on l'exclut, la moyenne par centre pour les O.A.V. du Québec est de 158 642 $ au lieu de 215 346 $.

** 2 O.A.V. ontariens, qui ont répondu à cette question, ne sont pas ici pris en compte, car non-représentatifs (l'un avec un budget de 20 571 434 $, l'autre, avec un budget de 14 000 000 $). Compte-tenu de la moyenne générale, leur intégration aurait nettement faussé les résultats pour l'ensemble car ils sont hors-normes en regard de l'échantillon.

La moyenne générale de budget de 923 786 $ par centre -moyenne à peu près équivalente dans les deux provinces- donne une certaine idée globale des budgets moyens de ces centres. En fait, elle ne rend aucunement compte de la réalité. Si on compare les budgets moyens par statuts, on se retrouve face à trois univers différents: le club des centres publics avec des budgets moyens de plus de deux millions; le club des O.A.V. ontariens avec des budgets moyens de 672 125 $; le club des O.A.V. québécois avec des budgets moyens de 215 346 $ (ou même de 158 642 $ si on en exclut l'organisme qui a un budget de 2 200 000 $). De plus, à l'intérieur de chaque statut existent des différences extrêmes entre les plus gros centres et les plus petits. Dans l'ensemble, les O.A.V. québécois ont un niveau de financement très inférieur aux autres catégories (52,78% en bas de 100 000 $). Ceci explique aussi les différences notoires entre le nombre moyen d'employés rémunérés par catégorie de centres (voir chap. VI, 2.2: 4,65 fois moins de personnels rémunérés dans les O.A.V. au Québec que dans les CLSC d'une part, et d'autre part des budgets moyens 11 fois moindres... ce qui permet des questions relativement aux échelles de salaires et aux coûts de fonctionnement de chaque réseau. Par rapport aux O.A.V. de l'Ontario, les O.A.V. au Québec comptent 2,62 fois moins de personnels rémunérés d'une part, et d'autre part des budgets 3,12 fois moindres, ce qui permet d'établir une certaine similitude en regard des salaires et des coûts de fonctionnement, en défaveur des O.A.V. du Québec toutefois, qui restent toujours au bas de l'échelle).

2. SUFFISANCE DES BUDGETS REELS VS LES BESOINS

2.1 La question

Après avoir identifié la masse budgétaire totale des centres répondants, reste la question de la suffisance de cette masse totale en regard des besoins et de la mission que les centres locaux ont reçue ou se sont donnée. Quatre-vingt-douze (92) centres ont exprimé leur avis sur la suffisance ou l'insuffisance de leur budget et, le cas échéant, ont indiqué le budget qui leur serait réellement nécessaire.

2.2 La réponse

- Trente (30) centres sur quatre-vingt-douze (32,61%) estiment que leur budget est suffisant (Q.-Public: 23,53%; Q.-O.A.V.: 17,95%; O.-Public: 83,33%; O.-O.A.V.: 46,67%). Le niveau de satisfaction le plus élevé se retrouve en Ontario, dans le réseau public de façon très nette, mais aussi chez les O.A.V., de façon moyenne (taux général de satisfaction: 52,78%). C'est au Québec que règne la plus grande insatisfaction (taux d'insatisfaction de 80,35% dont 76,47% pour les CLSC et 82,05% pour les O.A.V.). C'est dire que malgré le niveau moyen élevé de financement des CLSC au Québec, l'ensemble des services locaux communautaires s'estime sous-financé.

- Au total 43 centres insatisfaits sur un total de 62 insatisfaits (29 au Québec, 14 en Ontario) ont précisé l'écart entre leurs budgets effectifs et leurs besoins réels. Il est globalement de 30,03% (c'est-à-dire 6 951 605 $) et se détaille ainsi:
  - les 6 CLSC qui ont répondu (sur un total de 13 insatisfaits ou 76,47% des CLSC) déplorent un écart de 2 741 272 $ entre leurs budgets effectifs et leurs besoins réels, c'est-à-dire une insuffisance moyenne de 456 880 $ par centre (20,58% par rapport aux budgets effectifs);
  - les 23 O.A.V. du Québec qui ont répondu (sur un total de 32 insatisfaits ou 82,05% des O.A.V. du Québec) déplorent un écart de 2 396 555 $ entre leurs budgets effectifs et leurs besoins réels, c'est-à-dire une insuffisance moyenne de 104 200 $ par centre (72,42% par rapport aux budgets effectifs);
  - le centre public ontarien insatisfait n'a pas donné de précision;
  - les 14 O.A.V. de l'Ontario qui ont répondu (sur un total de 16 insatisfaits ou 53,33% des O.A.V. de l'Ontario) déplorent un écart de 1 813 778 $ entre leurs budgets effectifs et leurs besoins réels, c'est-à-dire une insuffisance moyenne de 129 555 $ par centre (23,65% par rapport aux budgets effectifs).

Les centres ontariens expriment le plus haut taux de satisfaction pour leurs budgets effectifs d'une part, et, d'autre part, l'écart qu'ils déplorent entre leurs budgets effectifs et leurs besoins réels est (proportionnellement et en chiffres absolus) moindre que celui déploré par les centres québécois. L'écart moyen le plus fort par centre en chiffres absolus est déploré par les CLSC du Québec, mais pour l'ensemble des CLSC il ne représente que 20,58% de la masse budgétaire. L'écart par centre signalé par les O.A.V. du Québec est le moins fort en chiffres absolus (à la mesure même de leurs budgets!), mais pour l'ensemble des O.A.V. du Québec il représente une proportion très élevée (72,42%) de leur masse budgétaire. Il apparaît très clairement qu'au Québec le financement des services communautaires locaux rendus par les O.A.V. est dramatiquement insuffisant et que cette situation budgétaire n'a rien pour aider le développement de ce type d'intervention.

3. SOURCES DE FINANCEMENT DES CENTRES

3.1 La question

L'identification des sources de financement des centres locaux communautaires permet de sortir des déclarations générales ou des approximations: elle situe exactement les acteurs en cause d'une part et, d'autre part, elle contribue aussi à renseigner sur le type d'intervention communautaire possible, car le financement n'est jamais neutre. Dans le système actuel, l'Etat finance à peu près totalement les services de santé et les services sociaux et, de ce fait, contrôle effectivement ces services (qu'il les donne directement ou non). Dans la mesure où un centre se veut communautaire, il apparaît logique qu'il reçoive au moins une partie de son financement de la communauté, non seulement pour préserver son autonomie par rapport au bailleur de fonds exclusif qu'est souvent l'Etat, mais aussi parce que la participation au financement est, pour la communauté, un autre moyen de s'approprier ses ressources, ce qui est une perspective éminemment communautaire. D'un point de vue plus pragmatique et stratégique, le fait d'avoir plusieurs sources de financement rend un centre moins vulnérable quant à son autonomie et à sa viabilité (même si cela exige bien du travail et des démarches!). Quoi qu'il en soit, un centre qui se veut communautaire et qui serait exclusivement financé par l'Etat serait dans une situation fondamentalement ambigue ou, à tout le moins, paradoxale. Et on pourrait, en toute logique, nourrir quelques

questions en regard de ses possibilités réelles de promotion du changement social et aussi en regard des possibilités réelles de participation et d'appropriation de ce centre communautaire par la communauté desservie.

3.2 La réponse

Quant aux sources de financement des 97 répondants, la réponse reçue fournit les informations suivantes:

Province / Statut / Sources de financement	Québec n60			Ontario n37			Total Q.+O. n97
	Public n18	O.A.V. n42	Total Q. n60	Public n6	O.A.V. n31	Total O. n37	
1. Gvt. fédéral							
. N. centres finances par fed.	0/18	16/42	16/60	0/6	8/31	8/37	24/97
. Total des octrois	0	341 140	341 140	0	312 836	312 836	653 976
. Montant moy. par centre	0	21 321	21 321	0	26 070	26 070	27 249
. % du budg. tot.	0%	4,40%	0,68%	0%	1,60%	0,98%	0,80%
2. Gvt. provincial							
. N. centres finances par prov.	18/18	31/42	49/60	6/6	28/31	34/37	83/97
. Total des octrois	42 647 603	4 984 510*	47 632 113	11 605 779	14 717 276	26 323 055	73 955 168
. Montant moy. par centre	2 369 361	160 790	972 084	1 934 296	525 617	774 207	891 026
. % du budg. tot.	99,84%	64,30%	94,38%	94,70%	75,50%	82,91%	89,95%
3. Gvt. municipal							
. N. centres finances par mun.	1/18	8/42	9/60	1/6	14/31	15/37	24/97
. Total des octrois	1 500	20 350	21 850	650 000	1 937 198	2 587 198	2 609 048
. Montant moy. par centre	1 500	2 544	2 428	650 000	138 372	172 480	108 710
. % du budg. tot.	0,003%	0,26%	0,04%	5,30%	9,94%	8,15%	3,17%
4. Tot. gvts(1+2+3)							
. N. centres finances par gvts	18/18	34/42	52/60	6/6	28/31	34/37	86/97
. Total des octrois	42 649 103	5 346 000**	47 995 103	12 255 779	16 967 310	29 223 089	77 218 192
. Montant moy. par centre	2 369 395	157 235	922 983	2 042 630	605 597	859 503	897,886
. % du budg. tot.	99,84%	68,96%	95,10%	100%	87,04%	92,04%	93,92%

* Incluant un "outsider" au budget de 2 200 000. En l'excluant comme nors normes, on obtient un total provincial d'octrois aux O.A.V. de 2 784 510 (moyenne par centre: 92 817 et % du budget total des Q.-O.A.V.: 50,15% au lieu de 64,30%).

** Si l'outsider est exlcu, on obtient 3 146 000 pour 33 centres = 93 333 par centre et % du budget de 56,66% au lieu de 68,96%.

.../...

SOURCES DE FINANCEMENT - SUITE

Province / Statut / Sources de financement	Québec n60			Ontario n37			Total Q.+O. n97
	Public n18	Q.H.V. n42	Total Q. n60	Public n6	O.A.V. n31	Total O. n37	
4. Rappel Gvts tot.							
. N. centres finances par gvts	18/18	34/42	52/60	6/6	28/31	34/37	86/97
. Total des octrois	42 649 103	5 346 000	47 995 103	12 255 779	16 697 310	29 223 089	77 218 192
. Montant moy. par centre	2 369 395	157 235	922 983	2 042 630	605 597	859 503	897 886
.% du budg tot.	99,84%	68,96%	95,10%	100%	87,04%	92,04%	93,92%
5. Sources commun.							
. N. centres finances par comm.	0/18	27/42	27/60	0/6	20/31	20/37	47/97
. Total des octrois	0	1 674 950	1 674 950	0	1 907 290	1 907 290	3 582 240
. Montant moy. par centre	0	62 035	62 035	0	95 365	95 365	76 218
.% du budg. tot.	0%	21,60%	3,32%	0	9,79%	6%	4,36%
6. Auto-financement							
. N. centres auto-finances	3/18	25/42	28/60	0/6	15/31	15/37	43/97
. Tot. de l'auto-financement	66 000	731 505	799 505	0	617 037	617 037	1 416 542
. Montant moy. par centre	22 667	29 260	28 554	0	44 074	41 136	32 943
. % du budg. tot.	0,16%	9,44%	1,58%	0	3,17%	1,94%	1,72%
TOTAL GENERAL (4 + 5 + 6)	42 717 103 100%	7 752 455 100%	50 469 558 100%	12 255 779 100%	19 491 637 100%	31 747 416 100%	82 216 974 100%

Au-delà des montants en cause, ce tableau montre avec clarté:

1. la prédominance très élevée du financement provincial, la quasi-absence du gouvernement fédéral et du gouvernement municipal (sauf en Ontario où le municipal tient une place réelle, même si modeste); situation tout à fait normale compte-tenu des ententes fédérales-provinciales et des politiques provinciales spécifiques;
2. la situation de financement étatique à 100% des centres locaux communautaires publics (voir les questions posées en regard du communautaire possible dans une telle situation de de financement et de l'appropriation de tels centres par les communautés);
3. la proportion de financement de sources communautaires, tout à fait significative pour les O.A.V. du Québec, un peu moins pour les O.A.V. de l'Ontario (qui, dans l'ensemble, sont davantage financés par les gouvernements que les O.A.V. du Québec); la même remarque s'applique relativement à l'autofinancement;
4. la disproportion des revenus financiers des centres: les centres publics s'équivalent à peu près dans les deux provinces, mais les O.A.V. du Québec se situent très nettement au-dessous des autres en chiffres absolus;
5. la question qui se pose en regard de l'intervention communautaire n'est pas tant celle de la part prépondérante du financement gouvernemental -car, après tout, l'argent des gouvernements est celui de la population- que celle de l'exclusivité et de l'unicité du financement gouvernemental

dans le cas de certains centres communautaires. C'est aussi la question de la proportion des montants investis dans les centres du secteur public en regard des montants investis dans les O.A.V. pour une intervention qui se veut communautaire (54 972 882 $ pour 24 centres publics vs 27 244 092 $ pour 73 O.A.V.). Ceci a une influence certaine sur le genre d'intervention communautaire possible et sur la limite mise au communautaire qui vise le changement social collectif (auquel ne participent pas ou que très peu les centres publics à cause de leur statut). En somme, les gouvernements gardent le contrôle de la situation.

4. AFFECTATION DES BUDGETS EN SANTE VS SOCIAL

4.1 La question

Il n'est pas toujours facile, surtout dans une approche intégrant les services sociaux et de santé, de distinguer nettement la proportion des budgets investis dans chaque domaine. Hormis les cas patents d'intervention curative individuelle, où commence et finit la santé, où commence et finit le social? Le concept écologique de la santé globale ne s'arrête pas aux distinctions traditionnelles en la matière.

La question avait pour but d'identifier les proportions des budgets investis dans l'un et l'autre champ par les répondants. En réalité, elle fait écho à l'opinion répandue que la santé s'accapare la plus grosse partie des budgets et que le social fait toujours figure de parent pauvre.

4.2 La réponse

La réponse reçue de 88 centres est, bien sûr, liée à la mission de ces centres et ne peut donc pas être généralisée à d'autres. Sur les 88 répondants, 40 s'identifient comme des centres sociaux et 13 comme des centres de santé. Il reste donc 35 centres qui s'identifient comme offrant à la fois des services sociaux et de santé; ces 35 centres ont fourni les réponses suivantes:

Province / Statut — % budget en Santé/Social	Québec n27			Ontario n8			Total Q.+O. n35
	Public n17	O.A.V. n10	Total Q. n27	Public n0	O.A.V. n8	Total O. n8	
% budget affecté au SOCIAL	40,53%	63,30%	48,96%	-	75,87%	75,87%	55,11%
% budget affecté à la santé	59,47%	36,70%	51,04%	-	24,13%	24,13%	44,89%

Pour l'ensemble des centres répondants, le social prime sur la santé, mais l'analyse de détail montre la prédominance nette de la santé sur le social dans les CLSC du Québec (59,47% vs 40,53%) et la prédominance très nette du social sur la santé dans les O.A.V. du Québec et de l'Ontario (respectivement: 63,30% vs 36,70%; 75,87% vs 24,13%).

5. RECURRENCE VS NON-RECURRENCE

5.1 La question

Le fait de disposer de budgets ayant une certaine récurrence crée une situation administrative et professionnelle favorable en tous domaines d'intervention et tout particulièrement dans le domaine de l'intervention communautaire. Par définition, l'intervention communautaire prend du temps parce qu'elle touche à la fois aux attitudes individuelles, de groupes et aux structures collectives; ni l'éducation ni le changement social ne sont affaires d'intervention ponctuelle ou rapide. Dès lors, il importe qu'un centre ait le temps suffisant pour envisager une action communautaire qui produise des résultats. Cela signifie avoir assez d'assurance budgétaire pour constituer des équipes de personnels stables et assez sécurisées quant aux lendemains immédiats. Il est arrivé trop souvent que des mouvements communautaires initiés par des projets de travail temporaire cessent tout d'un coup faute de financement: non seulement, il n'y a pas eu la durée suffisante pour en arriver à de réels résultats, mais encore ces populations sont rendues méfiantes envers tout nouveau projet communautaire. Bref, la récurrence des budgets -ou tout au moins une récurrence pour une partie appréciable du budget et/ou pour des périodes de trois à cinq ans par exemple- est une condition très importante pour l'intervention communautaire.

5.2 La réponse

Les 92 centres répondants ont donné, sur ce point, l'information suivante:

Province / Statut / % récurrent des budgets	Québec n55			Ontario n37			Total Q.-O. n92
	Public n18	O.A.V. n37	Total Q. n55	Public n6	O.A.V. n31	Total O. n37	
B. récurrents	100%	26,90% des budgets ...	50,82%	99,50%	93,29%	96,92%	68,30%
B. non-récurrents	0%	73,10%	49,18%	0,5%	6,71%	3,08%	31,70%

Une proportion globale de 68,30% des budgets de l'ensemble des centres locaux communautaires est récurrente, ce qui représente un score moyennement élevé. Ce score global couvre toutefois des situations très différentes:

- les centres publics, québécois et ontariens, ont un taux de récurrence à peu près total (100% au Qué., 99,50% en Ont.);
- les O.A.V. de l'Ontario ont un taux de récurrence très élevé: 93,29%;
- les O.A.V. du Québec ont un taux de récurrence très bas (26,90% seulement des budgets). Et encore ce taux de récurrence n'existe que pour 43,24% des O.A.V., les autres 56,76% (21 centres sur 37) n'ayant strictement aucun budget récurrent. L'étonnant en cette situation générale de budgets très faibles et non récurrents dans une proportion de 73,10%, c'est qu'ils durent année après année (voir chap. IV, 2: la moyenne d'âge des centres répondants est de 12,40 ans).

En somme, la récurrence est assurée pour certaines catégories de centres et très peu ou pas du tout assurée pour d'autres. En elle-même, elle ne crée pas l'intervention communautaire, mais elle en est une condition facilitante de par "l'espace-temps" qu'elle permet d'envisager (sans compter le gain de temps administratif).

6. MODES DE FINANCEMENT

6.1 La question

Les modes de financement -on l'a déjà vu pour la rémunération des médecins- ne sont jamais neutres. Ainsi le financement au cas par cas ou au volume de clientèle, s'il peut convenir pour un centre qui se limite à l'action curative individuelle, ne convient absolument pas pour des centres locaux communautaires. L'un des besoins fondamentaux des centres communautaires est l'autonomie pour pouvoir correspondre de façon précise aux besoins précis de la communauté; et aussi la mobilité, pour pouvoir s'adapter aux mouvances parfois imprévues et rapides. C'est pourquoi, le mode de financement par programmes spécifiques, bien que plus acceptable que le financement au volume, ne convient pas non plus: être financé pour un programme, c'est, à tout le moins, limiter à l'avance son

champ d'intervention à ce programme précis, au détriment parfois d'autres besoins communautaires très réels ou imprévus mais non objets de programmes de financement.

Dans une perspective communautaire, seul le mode de financement global convient vraiment (que ce soit en fonction de la mission ou de l'ensemble des services, ou encore sous le mode de la capitation développé par le modèle coopératif). Seul ce mode laisse aux centres la marge d'autonomie requise pour s'adapter aux besoins de la communauté. Les questions posées à ce sujet l'étaient à l'effet d'identifier d'une part les modalités actuellement vécues, d'autre part les modalités souhaitées. On peut supposer que l'ensemble des souhaits va au financement global.

6.2 La réponse

Ni les modalités actuelles ni les modalités souhaitées ne sont mutuellement exclusives, en ce sens qu'un même centre peut, par exemple, être financé de façon globale pour une proportion X... de son budget et par programme pour une proportion Z... de son budget. Les réponses fournies par 87 centres répondants se lisent ainsi:

(% = nombre de centres répondants dans chaque mode)

Modes de financement / Province Statut	F. global vs services		F. capitation		F. programmes		F. cas/cas voi. indiv.	
	Réel	Souhait	Réel	Souhait	Réel	Souhait	Réel	Souh.
Québec - n53								
. Public n18	100%	72,22%	0%	16,67%	44,44%	5,55%	0%	11,11%
. O.A.V. n35	88,57%	100%	0%	5,71%	42,86%	25,71%	11,43%	5,71%
TOT. Q. n53	92,45%	90,56%		9,43%	43,40%	18,86%	7,55%	7,54%
Ontario - n34								
. Public n6	33,33%	50%	0%	0%	33,33%	33,33%	33,33%	16,67%
. O.A.V. n28	60,71%	53,37%	3,57%	14,29%	60,71%	46,43%	32,14%	14,29%
TOT. O. n34	55,88%	52,94%	2,94%	11,77%	55,88%	44,12%	32,35%	14,71%
TOTAL Q.+O. n87	78,16%	75,86%	1,15%	10,34%	48,28%	28,73%	17,24%	10,34%

- Le financement global des services est le mode de financement le plus répandu, de façon très forte au Québec (92,54%) et moyenne en Ontario (55,88%). En termes de souhait, c'est plutôt la stabilité, avec un petit glissement vers le moins. Ce "glissement négatif" se remarque surtout chez les CLSC du Québec. Par contre, les O.A.V. québécois et les centres publics ontariens veulent développer cette modalité.
- Le financement global par capitation est presqu'inexistant, mais son développement est un peu souhaité, également dans les deux provinces, surtout par les CLSC du Québec et les O.A.V. de l'Ontario.
- Le financement par programmes, moyennement présent (plus en Ontario qu'au Québec: 55,88% pour 43,40%) est l'objet d'une diminution dans les souhaits (sévère chez les CLSC du Québec, assez marquée chez les O.A.V. québécois et ontariens). Les centres publics ontariens sont stables sur leur score modeste.

- Le financement au cas par cas ou au volume de clientèle est plus présent en Ontario qu'au Québec (32,35% pour 7,55%). Les centres québécois en souhaitent le maintien, mais ce ne sont pas les mêmes: les O.A.V., qui l'ont, veulent le diminuer; les CLSC, qui ne l'ont pas, souhaitent l'avoir (modestement). En Ontario, le souhait des centres publics comme des O.A.V. est de diminuer sensiblement ce mode de financement.

Dans l'ensemble, existent des modes de financement global favorable à l'intervention communautaire. Les évolutions souhaitées -relativement mineures- sont à l'effet d'augmenter le financement global par capitation et de diminuer le financement par programmes et au cas par cas ou au volume, ce qui est encore favorable à l'intervention communautaire.

7. FINANCEMENT DES NOUVEAUX PROGRAMMES EN 1986-87

7.1 La question

La question sur le financement des nouveaux programmes avait deux objectifs:

- d'une part, identifier dans quelle mesure des nouveaux programmes ont été initiés en 1986-87 et vérifier ainsi l'hypothèse selon laquelle l'intervention communautaire est mobile et capable de répondre aux nouveaux besoins ou de mieux répondre à des besoins anciens (il s'agit d'une vérification très empirique);
- d'autre part, identifier comment ont été financés ces nouveaux programmes soit par re-allocation des postes budgétaires présents (ce qui suppose une certaine autonomie), soit par l'addition de fonds nouveaux (ce qui suppose que, même en l'austérité actuelle, des développements sont possibles).

7.2 La réponse

- Quatre-vingt-treize (93) centres ont répondu à cette question. Dans l'ensemble, 65,59% des centres ont initié des nouveaux programmes en 1986-87, ce qui est un score éloquent en faveur de la mobilité du communautaire. La prédominance va à l'Ontario: 72,97% pour 60,71% au Québec. La

comparaison par statuts donne les scores suivants: O.-O.A.V.: 77,42%; Q.-CLSC: 70,59%; Q.-O.A.V.: 56,41%; O.-centres publics: 50%.

- les 65,59% des centres qui ont établi des programmes nouveaux les ont financés, dans une proportion de 67,21% par des fonds nouveaux; ici encore, l'Ontario prédomine avec une proportion de 74,07% de fonds nouveaux pour 37,03% de re-allocations de postes budgétaires (Québec: 53,85% de fonds nouveaux pour 41,03% de re-allocations)

Toutefois, la comparaison par statuts est frappante: les CLSC du Québec et les centres publics ontariens ont financé leurs nouveaux programmes par des fonds nouveaux dans une proportion respective de 83,33% et 100% des cas (Q.-O.A.V.: fonds nouveaux pour 50% des cas; O.-O.A.V.: fonds nouveaux pour 70,83% des cas). Ce qui manifeste que les nouveaux fonds accordés aux centres locaux communautaires par les gouvernements restent majoritairement dans le circuit des centres publics. Quant aux O.A.V. du Québec (déjà faiblement financés), ils sont davantage requis d'opérer des re-allocations dans leurs postes budgétaires en place. Dans la mesure où la très grande majorité du financement vient du gouvernement et dans la mesure où la majeure partie des fonds récurrents et des fonds nouveaux est allouée aux centres locaux du réseau public, cela signifie -que ce soit systématiquement voulu ou non- le choix d'un type de services communautaires locaux. Cela signifie aussi la continuation de la situation paradoxale ou ambigue dans laquelle c'est l'Etat

lui-même qui s'attribue l'intervention communautaire. On peut poser la question de l'espace encore possible aux initiatives des citoyens, surtout au Québec.

8. RESPECT DES BAILLEURS DE FONDS

8.1 La question

Une question portait sur le respect, par les bailleurs de fonds, de l'autonomie des centres en ce qui concerne leurs orientations, politiques et programmes. Idéalement, cela va de soi, les centres communautaires locaux ont besoin d'autonomie pour pouvoir "coller" fidèlement aux besoins de leurs communautés. Dans les faits, il est possible que les bailleurs de fonds, en même temps que leurs dollars, passent des "commandes", de façon plus ou moins claire (par exemple dans le cas du financement par programmes). Il ne s'agit pas -on l'aura compris- de réclamer pour les centres communautaires une indépendance complète, le droit d'exiger des argents publics sans avoir aucun compte à rendre: cette attitude serait irresponsable. Il s'agit toutefois à l'intérieur de critères ou d'orientations générales mutuellement admises, acceptées

et respectées, que les bailleurs de fonds laissent aux centres locaux un espace réel de créativité et d'autonomie dans la définition de leurs objectifs et dans l'opérationnalisation de ces objectifs. Sinon -et ce, dans la mesure même où il s'agit d'un bailleur de fonds presque unique, le gouvernement provincial en l'occurrence- c'est le gouvernement provincial qui risque de gérer lui-même l'action locale... ce qui n'a plus grand chose à voir avec l'intervention communautaire locale.

8.2 La réponse

- Les 85 centres qui ont répondu à la question manifestent un niveau très élevé de satisfaction en ce qui concerne le respect de leurs bailleurs de fonds envers l'autonomie de leurs centres: 87,06% (Qué.: 80%; Ont.: 88,23%).

  La comparaison par statut donne des résultats très élevés partout: Q.-Public: 88,89%; Q.-O.A.V.: 75,68%; O.-Public: 100%; O.-O.A.V.: 86,67%). Il apparaît donc évident que si l'Etat est très présent -et il l'est de par le financement- il réussit à l'être de façon positive en regard de l'autonomie des centres. En fait, ceci est une réponse positive au grand défi que représente la nécessaire présence de l'Etat au système de services sociaux et de santé: être fortement présent sans écraser ni assujettir. En somme, dans la mesure où les centres, de leur côté, respectent les critères et orientations mutuellement établis, l'Etat respecte

l'opérationnalisation locale. Une question reste toutefois sans réponse, du moins dans cette recherche: si les centres locaux financés par l'Etat s'engageaient dans une prestation de services communautaires visant le changement social, que ferait l'Etat bailleur de fonds?

- Une proportion de 12,94% des centres estime que l'Etat ne respecte pas l'autonomie de leurs orientations, programmes et politiques (Q.-Public: 11,11%; Q.-O.A.V.: 24,32%; O.-O.A.V.: 13,33%). Leurs commentaires sont les suivants:
  - pas assez d'appui financier de l'Etat pour la prévention et l'établissement d'alternatives communautaires réelles aux institutions du réseau public (Q.-O.A.V.);
  - tendances centralisatrices et pressions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2 CLSC);
  - ingérences indues de la Commission de la santé et sécurité du travail (CLSC);
  - budgets non proportionnels à l'augmentation des besoins et tout à fait irréalistes (2 Q.-O.A.V.);
  - autonomie incertaine à cause des enjeux politiques inhérents à l'action communautaire (Q.-O.A.V.);
  - interférences indues des Centres de services sociaux (publics) au niveau des utilisateurs de services et des programmes (Q.-O.A.V.);
  - contrôle tâtillon et limitatif de Centraide (Q.-O.A.V. et O.-O.A.V.);

- modes de financement et procédures de financement qui limitent parfois beaucoup les organismes dans leurs politiques et programmes de développement (5 O.-O.A.V.);
- bien sûr, il y a apparence de respect, mais <u>en fait</u> le ministère contrôle tout puisqu'il décide du financement (O.-O.A.V.);
- aucune autorité extérieure quelle qu'elle soit -hormis celle à laquelle on doit des comptes (accountability)- ne doit interférer dans la programmation du centre (O.-O.A.V.).

9. ATTENTES VS GOUVERNEMENTS

Ce dernier point du chapitre veut mettre en lien deux questions traitées séparément déjà:

- d'une part les sources réelles du financement des centres (chap. VII, 3);
- d'autre part les attentes des centres en ce qui concerne le rôle des gouvernements pour le financement (chap. V, 4).

9.1 La réalité du financement gouvernemental (chap. VII, 3)

% de financement gouvernemental dans le budget	Québec Public	Québec O.A.V.	Ontario Public	Ontario O.A.V.
TOTAL des budgets	42 717 103 $	7 752 455 $	12 255 779 $	19 491 637 $
Gvt. Fédéral	0%	4,40%	0%	1,60%
Gvt. Provincial	99,84%	64,30%	94,70%	75,50%
Gvt. municipal	0,003%	0,26%	5,30%	9,94%

9.2 Les attentes en regard du financement gouvernemental

(%: pourcentage des centres qui ont dit oui, dans chaque province et statut)

Province - Statut Enoncés	Québec Public	Québec O.A.V.	Ontario Public	Ontario O.A.V.
Le Gvt devrait fournir 100% du fin. des centre				
. Gvt Fédéral	16,67%	21,43%	16,67%	21,21%
. Gvt Provincial	77,78%	33,33%	83,33%	39,40%
. Gvt Municipal	11,11%	16,67%	16,67%	27,27%
Le Gvt devrait fournir plus de 50% du fin.				
. Gvt Fédéral	27,78%	42,86%	16,67%	39,40%
. Gvt Provincial	100%	61,90%	83,33%	72,72%
. Gvt Municipal	22,22%	30,95%	16,67%	51,51%
Le Gvt devrait fournir moins de 50% du fin.				
. Gvt Fédéral	16,67%	21,43%	16,67%	12,12%
. Gvt Provincial	5,55%	11,90%	0%	6,06%
. Gvt Municipal	16,67%	21,43%	16,67%	6,06%
Le Gvt devrait être complètement absent du fin. des centres				
. Gvt Fédéral	27,77%	4,76%	0%	3,03%
. Gvt Provincial	5,55%	4,76%	0%	0%
. Gvt Municipal	11,11%	2,38%	0%	0%

En fait, que l'on prenne la question sous l'angle de la réalité vécue ou qu'on la prenne sous l'angle des souhaits désirés (et même en procédant par des énoncés positifs et négatifs), on en arrive toujours au même constat: les centres veulent une forte présence gouvernementale dans leur financement en très grande majorité et ce, pour une part majeure, sinon totale, du financement.

Les souhaits, toutefois, s'avèrent beaucoup plus nuancés que la réalité en ce qui concerne le palier de gouvernement: même s'il demeure largement majoritaire dans les souhaits, le gouvernement provincial y est flanqué des gouvernements fédéral et municipal (surtout dans les désirs des O.A.V.) et n'y a pas la place quasiment exclusive qu'il occupe dans la réalité.

Pour conclure ce chapitre sur le financement des centres locaux communautaires, on peut noter que les informations recueillies sur ce point corroborent, dans l'ensemble, les observations déjà faites à propos des orientations et du fonctionnement des centres:

- la masse budgétaire globale des centres répondants témoigne d'une certaine volonté des bailleurs de fonds de développer des centres de services locaux communautaires, mais pas d'une volonté claire et ferme de créer un réseau ou des réseaux forts;

- le fait que les O.A.V. du Québec soient si peu budgetés (en regard du réseau public du Québec et des réseaux ontariens) manifeste que toute une partie de l'intervention communautaire qui répond davantage aux notions de communauté d'intéret ou de valeurs est à peu près laissée pour compte; c'est aussi cette partie -on l'a déjà vu- qui est la plus susceptible de pousser l'intervention communautaire dans le sens du changement social. Le choix budgétaire du Québec de par la priorisation presqu'exclusive du réseau public, est un choix anti-communautaire à certains égards et tout à fait pro-étatique;
- la concentration massive du financement au niveau des gouvernements (provinciaux) d'une part, la proportion réduite du financement de sources communautaires d'autre part, enfin, le nombre élevé de centres dépendant totalement de leur gouvernement provincial ainsi que la proportion imposante de budgets qu'ils drainent par rapport à l'ensemble des budgets des centres locaux communautaires... tout cela crée une situation pour le moins paradoxale, qui met les centres communautaires dans une position très vulnérable quant à leur autonomie réelle et qui risque d'en empêcher l'appropriation par les communautés (bref, qui les empêche d'être tout à fait communautaires, même s'ils peuvent tout à fait être des centres locaux de services sociaux et de santé);

- le taux très élevé de non-récurrence des budgets des O.A.V. du Québec nuit directement à un développement communautaire (outre la sous-budgétisation déjà évoquée); par contre le taux élevé, sinon total de récurrence des budgets des centres publics des deux provinces et des O.A.V. de l'Ontario est favorable à l'intervention communautaire (possibilité d'envisager le moyen et long terme);
- le mode de financement le plus utilisé, celui du financement global en regard des services, est favorable à l'intervention communautaire;
- l'émergence de nouveaux programmes dans un très grand nombre de centres locaux communautaires manifeste un dynamisme certain; le financement de ces nouveaux programmes, quant à lui, manifeste un renforcement des réseaux publics, car c'est là que les fonds nouveaux additionnels sont surtout affectés alors que les O.A.V. sont plutôt contraints de procéder par re-allocation de postes budgétaires.
  Ceci pose encore la question de l'appropriation de l'intervention locale communautaire par les réseaux publics de l'Etat, au détriment ou en ignorance des groupes communautaires volontaires issus de l'initiative des citoyens;
- le niveau de satisfaction des centres en ce qui concerne le respect des bailleurs de fonds (presqu'exclusivement les gouvernements provinciaux) quant à leurs orientations, politiques et programmes est très élevé: ceci manifeste

qu'existe dans la réalité un équilibre global favorable à une certaine action locale communautaire;

- les attentes des centres en regard du rôle de financement des gouvernements sont plus nuancées et variées que la réalité: même si les gouvernements provinciaux y gardent une prédominance certaine, ils ne sont pas exclusifs et ces attentes ménagent une part aux gouvernements fédéral et municipaux.

PARTIE III

DES PERSPECTIVES

Notes

1. Cette troisième partie -en l'état actuel de l'étude- se présente comme une évocation de perspectives et non comme une analyse.

2. Les perspectives présentées se basent à la fois sur la recherche bibliographique, sur les informations issues des réponses au questionnaire, sur les vingt-trois (23) entrevues réalisées. L'ensemble de ce matériel est parfois susceptible d'interprétations diverses: c'est pourquoi les perspectives ici présentées représentent aussi une certaine prise de position des auteurs de la recherche, du moins en ce qui concerne la situation au Québec.

Chapitre VIII. POUR UN DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

"s'organiser pour ne pas être organisé"

Tel pourrait être le titre quelque peu cavalier de la perspective générale ici présentée. On pourrait aussi, de façon plus sérieuse et dans une réelle continuité historique, lui donner pour exergue cette déclaration datant de 1833: "Il est impossible de sauvegarder la santé publique si les profanes ne s'y intéressent pas vraiment". (18)

La recherche porte de façon précise sur les centres communautaires locaux de services sociaux et de santé. Cette catégorie de centres n'épuise pas l'éventail de tous les centres communautaires locaux: il en existe d'autres en d'autres domaines (p. ex.: loisirs, éducation populaire, etc.). Il en existe aussi dont la mission est d'être un "milieu de vie, d'animation, de regroupement", ce qui diffère quelque peu des centres de services en social et en santé qui sont l'objet de la recherche.

Il est impossible de dissocier la situation de tels centres des questions globales (sociétales) qui agitent l'ensemble de la société et dont les effets concernent de très près leur présent et leur avenir: remises en question du rôle de l'Etat, situation économique, situation de l'emploi, émergence de nouvelles valeurs culturelles relativement à la santé, naissance d'initiatives issues de la communauté, etc. (19). Ce n'est pas ici le lieu d'en faire l'analyse, mais il importe de rappeler l'environnement plus global

de la question précise à l'étude. L'agitation de cet environnement a eu pour effet de questionner sérieusement trois prémisses de base sur lesquelles reposait l'avènement de l'Etat-Providence, à savoir:

1. la croyance en la croissance continue du P.N.B., qui assurera des fonds pour le développement continu des services sociaux et de santé;
2. la croyance que l'expertise professionnelle, basée sur la connaissance scientifique, est toujours supérieure à la tradition et aux connaissances empiriques pour aider les gens en besoin;
3. la croyance que les centres de services du réseau public établis par le pouvoir étatique central sont les meilleurs outils pour donner à tous des services équitables.

La réalité vécue témoigne, certes, d'acquis sociaux et professionnels indéniables, mais aussi de dépendance et de passivisation des "bénéficiaires", de bureaucratisation du système de services et de rupture de la croissance économique (20). C'est avec cette situation générale en toile de fond qu'est présentée une perspective, au terme de cette recherche. Cette présentation comprend trois parties:

1. La réalité en regard du modèle théorique
2. Une perspective socio-communautaire à promouvoir
3. Aperçus sur sept aspects particuliers

1. LA REALITE EN REGARD DU MODELE THEORIQUE

La recherche a permis de mieux cerner des questions initiales, d'identifier des forces et des zones grises du communautaire tel que vécu par les centres répondants, en regard du modèle théorique proposé de centre communautaire local de services sociaux et de santé.

Quant au modèle lui-même, il s'est avéré à l'usage un outil intéressant pour connaître de plus près la réalité vécu. Il demeure toutefois discutable et améliorable (en particulier la question des mécanismes d'évaluation en est absente; par ailleurs s'il permet de comptabiliser divers aspects formels du fonctionnement, il ne permet pas beaucoup d'en identifier la qualité).

1.1 Des questions un peu mieux cernées

- Concernant la variété insaisissable des centres locaux communautaires en général, il est vrai que chaque centre demeure spécifique mais que des balises peuvent vraiment aider à y voir plus clair: par exemple la grille proposée de classification des organismes communautaires peut aider à situer les organismes par niveau d'intervention; la distinction entre communautés territoriales et communautés d'intérêts ou de valeurs est aussi un outil intéressant pour préciser la mission et, partant, de nombreux facteurs organisationnels.
- D'autres questions initiales (voir première partie) ont reçu des réponses ou des éléments de réponse tout au long de l'analyse des informations reçues (qui rejoignent aussi la littérature sur la question):

- pour être communautaire, il ne suffit pas qu'un service soit local et implique quelques citoyens du milieu, ni qu'il soit né d'initiatives de citoyens et ait le statut d'organisme d'action volontaire: ce ne sont là que des éléments parmi bien d'autres;
- l'intervention d'établissements dans le milieu naturel (en clinique externe, centre de jour...) n'a, en soi, aucune justification à se dire d'emblée communautaire (même si une certaine "récupération" du communautaire se fait par ce biais) (21);
- Le réseau public peut réaliser une certaine intervention communautaire, mais dans les limites tolérées par l'ordre établi, ce qui lui rend plutôt inaccessible directement l'objectif éminemment communautaire de changement social (22);
- quand le réseau public occupe tout le champ de l'intervention communautaire -mais il y a toujours des aspects qui lui échappent et continueront à lui échapper- la communauté et ses organismes d'action volontaires n'ont plus "l'espace vital" d'une reconnaissance formelle de leur intervention et d'un financement adéquat (voir la situation budgétaire et les modalités de financement des O.A.V. du Québec). Tant qu'il en sera ainsi, l'actuelle ouverture bienveillante mais toujours aussi "désargentée" des pouvoirs publics québécois envers les O.A.V. et les bénévoles demeurera quelque peu sujette à caution (23);
- en ce qui concerne l'Ontario, les réponses et les entrevues confirment que le recours du gouvernement ontarien aux O.A.V. relève davantage d'une stratégie pragmatique de prestation de

services que d'une philosophie de développement communautaire (bien qu'il semble y avoir une évolution récente vers un "esprit" plus communautaire);

- bref, au Québec comme en Ontario, que ce soit dans un statut de marginalité étatique ou dans un statut de reconnaissance professionnelle et budgétaire (Ontario), les O.A.V. apparaissent intéressants aux gouvernements provinciaux dans la mesure où ils leur sont utiles pour réaliser leurs politiques étatiques et qu'ils s'y limitent.

1.2 Des forces communautaires réelles

Plutôt que de réalisations généralisées et claires, on peut parler de tendances à l'oeuvre, dont certaines plus fortement, d'autres plus timidement. Il est certain que les centres communautaires locaux de services sociaux et de santé, tant en Ontario qu'au Québec, ont grandement contribué à "mettre sur la carte" quelques aspects spécifiques fondamentaux du développement communautaire: intégration des services de santé et des services sociaux; accessibilité locale; universalité; concept d'approche globale intégrant le curatif, le préventif et le collectif, ce qui évite de réduire "le social" aux "problèmes sociaux" ou "le médical" à la maladie; perspectives de nouvelles relations entre les

professionnels et les utilisateurs des services; participation de la population; mise sur pied d'alternatives à l'institutionnalisation et prévention de l'institutionnalisation pour des populations à risque; mode de financement global plus favorable à l'autonomie locale; présence forte de l'Etat pour garantir à tous les citoyens des services de base (plus vrai au Québec qu'en Ontario où existent plus de disparités); budgets investis qui manifestent une certaine volonté gouvernementale de fournir des services locaux en santé et en social (mais pas nécessairement communautaires pour autant, au plein sens du terme). En quelque sorte, le lit est préparé pour des développements communautaires réels, à condition que soient clarifiées un certain nombre de zones grises.

1.3 Des zones grises

Les réponses témoignent que tous les indicateurs communautaires du modèle théorique sont loin d'être généralisés. Il y a des zones grises. Au plan des orientations, la perception qu'ont les centres des rôles des gouvernements priorise un rôle global de type socio-communautaire mais avec, en même temps, des perceptions de type socio-étatique et néo-libéral: ces perceptions "mêlées" des centres font écho au manque de choix clair des gouvernements (provinciaux surtout, les plus concernés; voir la "valse-hésitation" de 15 ans au Québec avant de décider le parachèvement du réseau des CLSC). En somme, on procède avec en même temps des élément de trois visions de société différentes, parfois incompatibles: on a mis en

place un système mixte d'Etat et de pratique privée lucrative au Québec et un système qui a plus de caractéristiques néo-libérales en Ontario (24). Le flou qui entoure la définition de services communautaires, de centres communautaires, d'intervention communautaire... constitue une autre zone grise (on l'a vu plus haut en évoquant les "questions mieux cernées"). Autre zone grise, fondamentale, la question de l'équilibre entre l'appui demandé à l'Etat d'une part et la revendication d'autonomie des centres locaux, c'est-à-dire des communautés (en partie) d'autre part. Il y a aussi à clarifier la question du lien avec le pouvoir municipal; les centres sont locaux et ne peuvent donc éviter cette question (surtout s'ils sont vraiment communautaires) et, pourtant leur référent principal est le gouvernement provincial: cette question est plus actuelle en Ontario, mais elle commence à se poser de plus en plus au Québec (25). La structure de financement des centres locaux, surtout quand le financement est provincial, total et récurrent, est aussi porteuse de questions relatives à l'autonomie réelle des centres; d'un autre côté, le sous-financement des O.A.V. du Québec pose une autre série de questions. La structure de personnel des centres communautaires reste aussi une question à analyser de plus près (le faible pourcentage de "personnels communautaires"; le risque de réduction de l'approche globale à l'intervention curative, de subordination du social au médical) (26).

En somme, le paysage est un paysage varié et mêlé... à l'image même des courants sociaux, politiques, culturels de la société. Aucune vision, aucun système n'emporte une adhésion totale. Il reste que les centres eux-mêmes priorisent une perspective socio-communautaire. Il serait donc probablement utile que cette perspective soit choisie clairement, susceptible d'allier à la fois un rôle gouvernemental important et les dynamismes de base des communautés; en d'autres termes, une perspective qui promeuve une société qui s'organise et non une société organisée techno-bureaucratiquement ou des citoyens laissés à leur propre débrouillardise. A cet exercice, le pragmatisme ontarien, attentif à l'hétérogénéité concrète des situations et le souci d'universalité québécois, attentif à l'accessibilité, peuvent être des forces complémentaires pour un réel développement socio-communautaire.

2. UNE PERSPECTIVE SOCIO-COMMUNAUTAIRE A PROMOUVOIR

2.1 Pour l'utopie concrète

L'histoire récente ou plus ancienne a déjà démontré les forces, les limites et les lacunes des sociétés (néo) libérales et étatiques en regard des besoins sociaux de la population. La perspective socio-communautaire ici priorisée n'a pas encore eu d'existence historique assez généralisée et prolongée pour qu'une telle analyse

factuelle puisse en être faite. Encore à l'état plus ou moins inchoatif (on a pu le voir tout au long du bilan de la 2e partie de la recherche), elle se présente comme une troisième voie, prenant des éléments aux deux modèles traditionnels, créant de nouveaux éléments dans une synthèse nouvelle. On pourrait la définir comme "l'Etat-Providence communautaire"; ou encore comme l'Etat-Providence non dévoyé par la techno-bureaucratie. En somme, un modèle qui continue la longue conquête de la démocratie depuis l'avènement des droits civils et des droits sociaux jusqu'à une société de mutualité de plus en plus effective, reposant sur le consensus. Utopie? Oui, sans doute -surtout en regard des situations bloquées actuellement- mais l'utopie a aussi une fonction de création et de mobilisation. Sans les utopies démocratiques d'ancêtres des siècles passés, le siècle présent ne pourrait même pas parler de droits sociaux! Utopie concrète, vision d'un avenir possible, mais pas système idéologique fermé ni radical.

Quoi qu'il en soit, force est de trouver des solutions aux situations bloquées de l'heure. L'avenir n'est pas dans le choix de plus en plus stérile entre les deux voies traditionnelles (v.g.: la question trop étroitement bi-polaire et dépassée: le public ou le privé, la droite ou la gauche...). Car ni le retour sauvagement anachronique au système libéral d'hier, ni l'accentuation d'une étatisation techno-bureaucratique ne peuvent assumer les défis actuels, même si chacun de ces deux systèmes a produit quelques "pierres angulaires" précieuses pour la voie socio-communautaire (la responsabilité et l'autonomie de l'individu, le sens de

l'initiative, les droits sociaux, l'apport scientifique, l'organisation nécessaire pour universaliser, les réseaux de services, etc.). Il ne s'agit ni de diminuer ni de normaliser les droits sociaux sous prétexte que l'économie ne peut plus les assumer; il s'agit de développer l'économie pour garder et développer les acquis sociaux (ce qui suppose une économie orientée vers le service et non vers le profit).

> "Ce n'est pas le ralentissement de la croissance en lui-même qui fait problème, c'est le rapport de la société à son propre devenir... Il y a en ce sens crise des représentations de l'avenir. L'avenir ne peut plus être pensé comme poursuite d'une tendance, développement d'un progrès cumulatif, accomplissement d'un mouvement, réalisation d'une promesse première (...) Personne ne parle de progrès sociaux de l'avenir, ne formule les objectifs d'une nouvelle étape, ne se risque à décrire des utopies concrètes. Ce qui domine, c'est la perspective de maintenir des acquis après qu'ils ont été menacés." (27),

2.2 Elements principaux de la perspective socio-communautaire

Le tableau ci-joint de Roger Hadley résume excellemment les éléments principaux de la perspective socio-communautaire (Participatory Pluralism) en regard de la perspective socio-étatique (Welfare State) et de la perspective néo-libérale (Privatisation) (28).

Characteristics	Welfare state	Privatisation	Participatory pluralism
1. Role of the state	. Strong direction from central government. . Substantial intervention in economy and social services. . Local state has extensive responsibilities but very limited powers.	. Strong control by central government to ensure free market forces. Minimal intervention in social policy - provides residual services for poor only. Local state small in scope, few powers.	Central government has limited scope and powers. Extensive delegation of decision making to regions and localities. Local state has wide range of responsibilities and significant powers.
2. Motive power of the system	National government: professional and bureaucratics imperatives.	Free play of the market, reflecting free choice of individual citizens.	Central and local political forces: services users, other citizens, staff at all levels in services.
3. Main providers of social services	Centralised bureaucracies: professionals.	Commercial organisations: some voluntary organisations.	Decentralised statutory services: wide range of voluntary organisations.
4. Relationship of voluntary sector to the state	Client.	Independent.	Partner.
5. Role of voluntary action:			
a. in government	Limited: mainly through cooption or indirect representation.	Minimal because government itself has minimal scope.	Extensive. Often direct representation of user.
b. organised voluntary action	Supplementary to statutory system.	Supplementary to the market.	Collaboration with statutory agencies: and provision of alternatives to them.
c. informal	Arms length support through tax/allowances system: direct support through services.	No state support. Greater reliance on self-help.	Strong support from statutory policies: tax/allowances: interweaving of statutory and informal intervention.

Une remarque à propos du rôle de l'Etat dans la perspective socio-communautaire (gouvernement provincial dans le contexte canadien): l'Etat délègue une partie de son pouvoir et limite son champ d'intervention direct, certes. Mais il ne diminue pas son appui financier; de plus, il garde un rôle central comme décideur des politiques et orientations collectives et comme garant des droits sociaux individuels et collectifs (et, avant tout, l'Etat via le gouvernement élu sur lequel la population garde donc un certain pouvoir, en collaboration évidemment avec les "nommés" (Godbout) qui assurent l'expertise et la continuité mais sur lesquels la population n'a aucun pouvoir) (29).

3. APERCUS SUR SEPT ASPECTS PARTICULIERS

En lien avec le modèle de centre communautaire local de services sociaux et de santé et avec la perspective socio-communautaire avancée, il s'agit ici, non d'une analyse, mais d'une position globale concernant ces sept aspects (30).

3.1 Décentralisation

L'objectif de décentralisation est, en soi, très intéressant en ce sens qu'il veut diminuer les embarras bureaucratiques centralisateurs qui finissent toujours par créer des blocages et accentuer l'anonymat irresponsable. En ce sens, le Québec, beaucoup plus que l'Ontario, a sans doute beaucoup à gagner. Mais:

- qu'est-ce qui est décentralisé? L'Etat central ne doit pas laisser à d'autres instances ou pouvoirs la responsabilité des politiques et orientations collectives (ni du financement ... à moins de décentraliser aussi le pouvoir de taxation; mais on sait combien vite naissent les disparités régionales);
- vers qui est décentralisé le pouvoir et dans quel esprit? est-ce donner le pouvoir à des instances subalternes, mais tout aussi bureaucratiques... auquel cas, la communauté n'aura peut-être pas gagné grand'chose car les "tyrans" et la "petite politique" existent autant localement; est-ce une

délégation de pouvoirs vers des instances régionales locales et locales dans une perspective socio-communautaire auquel cas, il s'agit vraiment d'ouvrir des portes aux initiatives communautaires et on va alors plus loin qu'une simple décentralisation (on va à ce que Rosanvallon appelle l'autonomisation) (31);

- une question se pose quant aux avantages et inconvénients de déléguer au pouvoir local municipal la responsabilité des services communautaires locaux en santé et en social (32). En faveur de cette option, on évoque généralement quatre points: il est mieux placé pour évaluer et donner, en quantité et en qualité, les services requis en regard des besoins et intérêts locaux; le contrôle démocratique est meilleur parce que plus immédiat; l'efficacité, à cause de la "surveillance" immédiate des électeurs locaux quant à l'usage de leurs impôts, y gagne, ce qui peut aussi promouvoir l'innovation; les inégalités possibles ne sont pas toujours nécessairement nocives et il s'agirait que le gouvernement central édicte des standards de base à respecter pour éviter des injustices trop criantes.

Contre cette option se lève une batterie d'arguments (sans doute inspirés d'expériences vécues et l'Ontario peut en témoigner): risque de taxation de non-résidents; compétition inter-municipalités pour attirer des industries en offrant des allègements de taxes au détriment des montants à investir dans les services sociaux et de santé; surbudgétisation des services par cumul d'octrois provinciaux et de

taxes locales; fourniture excessive de services pour servir les intérêts politiques et économiques des politiciens et bureaucrates locaux plutôt que les intérêts de la population; risque d'inefficacité par manque d'expérience et de compétence en gestion de tels projets; inefficacité accrue dans le cas de municipalités trop petites pour réaliser des économies d'échelle; pas de fourniture de soins aux non-résidents; coûts administratifs et problèmes "d'accountability" et de contrôle accrus de par la multiplication des services (chaque municipalité ayant les siens); grande vulnérabilité de l'assiette fiscale municipale parce que liée à l'activité économique, qui est fluctuante, ce qui entraîne des risques quant à la continuité des services; risque d'inégalités d'une municipalité à l'autre.

Curieusement les arguments favorables relèvent d'une vision de l'intervention; les arguments défavorables relèvent surtout d'arguments liés à la taxation. Il reste qu'un lien est à établir entre les services locaux en santé et en social et le pouvoir municipal, surtout dans une perspective communautaire. La solution serait-elle une décentralisation partielle, les orientations, les politiques, les standards de base et le financement demeurant sous l'autorité provinciale, mais la planification et la fourniture des services devenant responsabilité locale (municipale, régionale... ou autre)?

3.2 Nouveaux visages de professionnels et d'administrateurs

L'intervention communautaire n'est vraiment possible que dans la perspective d'un partenariat entre les utilisateurs des services (individus ou groupes) et les "fournisseurs" et administrateurs des services. Cette perspective, bien sûr, bouscule une foule d'habitudes, d'images, de croyances (peut-être autant chez les utilisateurs que chez les professionnels). Mais c'est la seule perspective possible pour briser l'étau de l'aliénation de consommateurs passifs de services. Et quelle que soit la situation de l'utilisateur, quel que soit le type de service requis, la perspective de partenariat est la seule qui puisse sauvegarder la dignité individuelle et dynamiser les potentialités de la population (dut cette perspective coûter à certains professionnels un besoin artificiel de valorisation). La même perspective s'impose clairement pour les administrateurs. Car il est clair que -en autant qu'il s'agisse d'une question de pouvoir- tout pouvoir se partage dans la perspective socio-communautaire; non seulement entre professionnels de différentes formations -ce qui est plus facile, car on reste entre "collègues du même club"... encore que la multidisciplinarité ne se vive pas toujours facilement et que les chasses gardées corporatives soient nombreuses!- mais entre la population et ceux qui sont là pour la servir et la promouvoir.

3.3 Visages multiples de la participation de la communauté

Ce point est lié au précédent, car le partenariat ne va jamais sans participation. Mais il importe d'aller plus loin et -en évitant le risque d'une bureaucratisation locale- d'établir de multiples modalités formelles de participations à tous les niveaux: identification des besoins, décisions des projets-programmes, évaluation, objectifs, procédures, consignes, administration, gestion. Il ne s'agit pas de tomber dans une série ininterrompue d'ingérences de la communauté dans la gestion quotidienne des centres. Il s'agit de trouver les moyens pour que le centre soit communautaire, c'est-à-dire qu'il appartienne aussi à la communauté et non à ses permanents ni au ministère seulement. Car si la décentralisation n'a pour effet que de renforcer les pouvoirs locaux des personnels en place, elle n'aura aucun impact sur l'amélioration des services et la participation: on n'aura fait que reporter certaines des impasses actuelles au niveau local, mais la communauté n'y aura rien gagné. La participation actuelle de la population aux conseils d'administration des CLSC est en fait assez fictive: les représentants des usagers sont minoritaires et trop souvent élus (choisis?) par acclamation, ce qui démontre la faiblesse de la participation; d'autre part, les pouvoirs du Conseil d'administration sont réels mais dans des zones très restreintes. En fait, il y a là une exigence démocratique fondamentale de transparence, de partage; elle est souvent exigeante et, en apparence, mangeuse de temps, mais l'éveil d'une communauté est à ce prix. L'Ontario, à

première vue, compte plus de représentants de la population dans les C.A.; mais ils sont sélectionnés en majorité, ce qui laisse aussi des questions sur ce mode de participation.

3.4 Communautaire d'Etat vs communautaire volontaire

Ce point a été assez souvent évoqué dans les chapitres précédents pour qu'il soit encore utile de redire l'ambiguité de la situation. Un fait demeure: le service local communautaire d'Etat via les CLSC, se définit d'abord comme un service communautaire territorial; il ne couvre pas et ne peut pas couvrir tous les besoins communautaires réels, en particulier des besoins relevant de communautés d'intérêt ou de valeurs (groupes spécifiques, situations spécifiques non liées ou peu liées au facteur territorial; p. ex.: handicapés, santé mentale, femmes violentées, délinquance juvénile, toxicomanes, etc...). Nombre d'organismes volontaires -parfois d'ailleurs mis sur pied par les CLSC- y travaillent de façon autonome mais avec toujours la clef sur la porte, faute de financement. Et pourtant, les problèmes sont là, urgents. Une hypothèse vaudrait la peine d'être davantage analysée et même expérimentée sérieusement: que les CLSC, puisqu'ils y sont déjà et y font un travail très valable, fournissent des services généraux de base en santé et en social et puissent bâtir aussi des projets réellement communautaires pour certaines populations à risque en autant que cela demeure lié à la territorialité (il ne s'agit pas de restreindre le communautaire des CLSC, au contraire; mais il s'agit de le cibler en complémentarité avec les ressources du milieu); que pour les autres situations de populations à risque liées à des communautés d'intérêts ou de valeurs,

les mandats soient clairement offerts à ces O.A.V. avec, bien sûr, des moyens adéquats pour les remplir (puisqu'ils y sont déjà de toutes façons et que, sans eux, ces populations-là n'auraient aucun recours). Cela éviterait que chaque CLSC se sente "obligé", par exemple, de mettre sur pied ses programmes spécifiques pour jeunes ou femmes battues, alors que ces populations n'ont rien à faire, ou presque, de l'aspect territorial. En somme, donner à l'acteur le mieux placé pour le remplir (CLSC ou O.A.V.) le mandat spécifique qui lui convient le mieux, ce qui évitera des duplications et permettra de mieux répondre à des besoins car le rôle de chacun sera plus clair (et doté de ressources ad hoc). Ce serait aller dans le sens de l'autonomisation préconisée par Rosanvallon. Ce serait donner un espace réel à tous ces O.A.V. qui manifestent, par leur endurance à naître, à se multiplier et à survivre malgré leurs misérables ressources, une réelle vitalité de la population. Ce serait aussi une façon de répondre à des besoins sociaux réels laissés trop souvent pour compte parce que les établissements du réseau public n'en ont pas le mandat ou ne peuvent pas y répondre. Bien sûr, cela supposerait -en l'absence de nouveaux fonds- des réallocations de fonds aujourd'hui investis dans le secteur public vers le secteur des O.A.V. Cela supposera peut-être des transferts, des transformations ou même des fermetures de poste: et pourquoi donc la mobilité de l'emploi serait-elle radicalement impensable et scandaleuse dans ces réseaux, alors que c'est la loi générale partout ailleurs dans la société? L'objectif réel est-il de répondre aux besoins effectifs ou de protéger des structures et des emplois? Sans compter que des professionnels actuels du réseau public

ne détesteraient peut-être pas travailler dans d'autres structures, avec toutefois un minimum de garanties (salaire, ...) que les O.A.V. ne peuvent actuellement offrir.

Outre cette perspective, il y aurait aussi -dans l'intérêt direct des populations concernées, des finances publiques et du champ professionnel- à promouvoir systématiquement des alternatives communautaires (préventives, curatives) au placement en institution. On ne peut pas dire qu'on expérimente vraiment beaucoup dans le domaine des alternatives au Québec. C'est une perte à tous les niveaux. La aussi, des réallocations de fonds s'imposent, à moins qu'on ne trouve des fonds nouveaux (mais comme les fonds nouveaux tendent à aller aux projets nouveaux du réseau public -voir bilan, Partie II-, force est de croire qu'on ne veut pas s'ouvrir aux alternatives volontaires).

Outre ces deux perspectives, il y a encore les O.A.V. qui font de l'animation communautaire directe en offrant à des populations spécifiques (p. ex.: jeunes, personnes âgées) ou à la population générale d'un quartier des lieux de regroupement qui sont des "milieux de vie", d'appartenance, d'expériences, de développement et de prise en charge individuelle et collective (les CLSC ne sont pas des milieux de vie mais des lieux de services). Cette animation communautaire au premier degré couvre d'emblée le champ de la prévention: elle est créatrice du tissu social... et pourtant, elle aussi, vit très misérablement. Il y aurait là aussi des investissements à faire. Disant ceci, il ne s'agit nullement de mettre en concurrence les CLSC et les O.A.V.: le développement de ces deux catégories de centres locaux communautaires est nécessaire et chacune peut -les

faits le prouvent- assumer une part réelle d'intervention locale communautaire.

3.5 Financement

Le plan dit assez éloquemment la situation financière respective des divers types de centres communautaires locaux de services sociaux et de santé. En résumé, le développement à faire, surtout dans une perspective socio-communautaire, est de promouvoir et de financer décemment les O.A.V. Dans une perspective socio-communautaire, il est clair que le mode de financement global en regard des services ou par capitation favorise le plus l'autonomie des centres.

Au plan de la récurrence, il y aurait peut-être lieu d'équilibrer la situation existante: d'une part, ne pas accorder automatiquement une récurrence indéfinie à certaines catégories de centres, du simple fait qu'ils font partie du réseau public; d'autre part, accorder un minimum de récurrence aux centres communautaires qui n'en ont presque pas ou pas du tout. Centraide Montréal, après évaluation systématique des O.A.V. qu'il aide, accorde des subventions récurrentes, indexées au coût de la vie, pour des durées de trois ans. On pourrait penser que accorder des budgets récurrents, indexés sur des durées de 3, 4 ou (mieux) 5 ans et ce, accompagné d'un processus d'évaluation continue, serait une formule plus dynamique et juste que l'actuelle formule (tant pour le réseau public que pour celui des O.A.V.).

Dans une perspective socio-communautaire, une formule de <u>financement mixte au niveau des sources de financement</u> serait la plus

saine: elle permettrait, à la fois, un minimum d'appropriation réelle par la communauté et donc une marge d'autonomie plus grande; ce serait peut-être aussi une formule administrativement plus dynamique et saine. Ce pourrait être par exemple (à titre indicatif):

- gouvernement provincial: de 80 à 90% des budgets
- gouvernement municipal: } de 10 à 20% des budgets
  et
- sources communautaires }

Même si c'est à titre symbolique (p.ex.: carte de membre), un minimum de participation communautaire est nécessaire. De la même façon, une formule mixte d'octroi des fonds serait aussi à promouvoir, à tout le moins à expérimenter de façon sérieuse. Dans certains cas, il ne fait pas de doute que le financement doit aller aux institutions (p.ex.: soins spécialisés et lourds); dans d'autres cas, le financement pourrait être directement donné aux personnes en situation spécifique de besoins (p.ex.: handicapés en milieu naturel). Chaque formule a ses limites: coûts administratifs, "détournement" de fonds au profit des structures et au détriment des services dans un cas; individualisation et, à la limite, instauration de la perspective unique de "client" (vendeur-acheteur de services) et lacunes possibles au niveau des équipements collectifs dans l'autre cas. Chaque système a aussi ses forces et une formule mixte serait probablement préférable à la à la formule à peu près unique en vigueur au Québec actuellement (voir en Ontario: système varié pour une population hétérogène et des besoins hétérogènes).

Enfin et dans le but de donner aux citoyens l'information nécessaire pour devenir conscients, donc responsables et participants, le fait d'informer chacun, annuellement, des coûts des services reçus par lui en social et en santé pourrait être bénéfique. Ceci toucherait plutôt les services curatifs individuels. Quant au coût moyen des services préventifs et collectifs reçus par chacun, il faudrait en inventer une methode de calcul. Le système actuel de paiement (via l'impôt) peut encourager - et encourage en fait- une certaine irresponsabilité. Il s'agit, disant ceci, d'informer et non, plus ou moins subtilement, de culpabiliser. Quant au "ticket modérateur", il est à exclure: ce serait une régression par rapport aux droits sociaux acquis.

3.6 Evaluation-contrôle

Dans la plupart des discussions sur les O.A.V., on se heurte à la difficulté suivante, difficulté en réalité majorée et peut-être superficielle: comment et pourquoi accorder des octrois publics à des organismes qui réclament une complète autonomie (comprendre:qui refusent tout contrôle)? Il y a lieu de situer quelques points:

1. les O.A.V. -à moins d'être irresponsables et, en ce cas, ils ne méritent pas d'octroi- ne sont pas opposés à une évaluation adaptée. Mais ils n'admettent pas d'être évalués selon des normes ou des critères d'évaluation qui relèvent des établissements institutionnels et ne conviennent donc pas à leur situation de centres communautaires. La difficulté réside dans l'inadéquation des mécanismes d'évaluation, non dans le principe de l'évaluation;
2. il y a, effectivement, un équilibre, parfois délicat, à trouver entre d'une part les exigences normales d'évaluation des bailleurs de fonds et d'autre part l'autonomie demandée (et nécessaire) par les O.A.V. au niveau des programmes et projets issus de la communauté. Cette difficulté est surtout liée aux octrois faits en regard de programmes spécifiques: les O.A.V. répugnent à changer leurs objectifs originels ou leur mission pour se rendre éligibles à des programmes subventionnables; c'est vécu comme une forme de récupération. Par ailleurs, l'Etat n'est pas tenu de subventionner tout programme issu de la communauté, s'il ne

correspond en rien à ses objectifs étatiques. Mais -et il y a aussi des expériences positives à ce niveau- une conciliation est possible (à condition de se parler) pour trouver un équilibre suffisant entre les objectifs étatiques et les objectifs des O.A.V.: si les objectifs étatiques d'une part et les objectifs des O.A.V. d'autre part reposent sur une analyse valable des besoins, ils devraient bien se rencontrer quelque part sans qu'on puisse accuser ni l'Etat ni les O.A.V. de "charriage" mutuel. C'est d'ailleurs la règle générale en Ontario: il n'y a pas de raison que ce ne soit pas applicable au Québec. De toutes façons, la recherche révèle un très haut degré de satisfaction des centres locaux (tant O.A.V. que CLSC) en ce qui concerne le respect de leurs bailleurs de fonds envers leurs objectifs et programmes. Peut-être cette question a-t-elle été surévaluée à partir de quelques situations problématiques. Il reste que ce sera toujours un équilibre fragile et quelque peu paradoxal... comme est toujours fragile et paradoxal l'équilibre démocratique de l'ensemble de la société. Ni plus ni moins;

3. de façon générale, tant pour les CLSC que pour les O.A.V., il manque de mécanismes d'évaluation adéquats en ce qui concerne l'évaluation de l'intervention communautaire: tout le monde en bénéficierait, à commencer par les premiers acteurs sur le terrain. Parlant d'évaluation des programmes communautaires, il est clair qu'il s'agit

d'autre chose que de contrôles de type administratif (pas de manque en ce domaine!). Le fait d'avoir de tels mécanismes d'évaluation serait plus juste et atténuerait les effets du processus plus ou moins arbitraire du lobbying (qui ne rend que rarement justice aux plus faibles).

3.7 Jeux de pouvoirs

L'analyse des mécanismes du pouvoir dans la société actuelle révèle nettement que le pouvoir appartient à ceux qui savent se regrouper et s'organiser. L'individu tout seul, à moins d'être tout à fait exceptionnel et très riche, n'a plus aujourd'hui le pouvoir qu'il pouvait avoir dans les sociétés antérieures (33). Il est clair que si les O.A.V. réussissaient à se regrouper davantage, ils obtiendraient davantage voix au chapitre (ce que certains ont compris). Il est clair aussi qu'un gouvernement et une fonction publique soucieux du développement collectif n'attendent pas d'être objets de pressions pour prendre des initiatives face à des situations problématiques. Si le communautaire présente réellement autant d'intérêt qu'on le dit, pourquoi attendre qu'il s'impose de force pour le reconnaître (ce qui n'arrivera peut-être jamais). Il y a là-dedans une question de choix politique où d'autres acteurs plus organisés sont potentiellement concernés et craintifs. Mais c'est l'intérêt collectif qui est en jeu et cela prime sur des intérêts particuliers.

La question des "élus" et des "nommés", déjà rencontrée dans l'analyse des membres des C.A., se pose aussi à un niveau plus large au plan des permanents (employés des centres, fonctionnaires) et des temporaires (gouvernement élu, utilisateurs des services). C'est un équilibre à trouver, essentiel en démocratie, mais jamais acquis une fois pour toutes.

En guise de conclusion générale...

... il est peut-être pertinent de laisser la parole à l'un des géants contemporains de la perspective socio-communautaire. Dans l'une de ses dernières interventions publiques avant d'être assassiné, Olof Palme résumait ainsi l'ultime objectif de tout le système social:

> "Our efforts to develop society and our dreams of the future must bear in mind that which is continually recurring, the invariables in all human life that are relevant across all national borders and through all time.
> The uniting links between all people are the great undertakings of life -let me call it the life projects- which are the same for people in all countries and will also be so in the future. During the course of life we all meet the same situations:
> - to grow up and be educated; to find playmates and friends;
> - to get a training while we are young that will prepare us for our differents rôles in adult life;
> - to find a place in working life and make our own living;
> - to find somewhere to live and make it into a home;
> - to form a family, and have and bring up children;
> - to keep healthy throughout life and cope with illness and other misfortunes that may beset you;
> - to secure a decent living and preserve our dignity for the inévitable frailty of old age;
> - to live as a free citizen, equal with other members of society, and to take a share in being responsible for the common good." (34)

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. MANGA, Pran et MUCHKLE, Wendy. The Role of Local Government in the Provision of Health and Social Services in Canada, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1987, 70 p.
HEPWORTH, Philip. Les centres communautaires de services polyvalents, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1976, 145 p.

2. Il est significatif que 41% des mémoires déposés et 45% des groupes rencontrés par la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec proviennent du secteur bénévole ou volontaire. Voir Bulletin d'information de la Commission, automne 1986, p. 4.

3. BARCLAY, P.M. Social Workers, their Role and Tasks, Londres, Bedford Square Press, 1982, 283 p.
BULMER, M. Neighbours, Cambridge, Cambridge University Press, 1986 282 p.
PAYNE, M. Social Care in the Community, Londres, McMillan Education Ltd, 1986, 148 p.
WILLMOTT, P. Social Networks Informal Care and Public Policy, Londres, Policy Studies Institute, 1986, 134 p.

4. MELUCCI, A. Mouvements sociaux, mouvements post politiques, dans "Revue internationale d'action communautaire", no 10/50, 1983, pp. 14-16.
LAUZON, Normand. Etude des diverses significations de la participation dans les milieux populaires urbains, Centraide Montréal, Montréal, 1978, 125 p.

5. GALBRAITH, Kenneth J. Anatomie du pouvoir, Paris, Le Seuil, 1985.

6. CHAMPOUX, L. et al. Opération-Bilan (CLSC), Québec, M.A.S., 1975, pp. 27-28.
ALARY, J., LESEMAN, F. CLSC-Opération Bilan (rapport dissident), Québec, M.A.S., 1975, pp. 76-94.
POUPART, R. et al. La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986, 93 p. (tout le livre traite de cette question).

7. ERIKSON, E. Ethique et psychanalyse, Paris, Flammarion, 1971, pp. 136-137.

8. PILON-QUIVIGER, Andrée. Impact de l'expérience communautaire sur le développement personnel des adultes, Montréal, Centre éducatif et communautaire René-Goupil, 1984, 173 p. (tout le document analyse le lien dialectique entre le développement personnel, la conscientisation et la mobilisation collective des membres de la communauté).
PILON-QUIVIGER, Andree. Experience communautaire et croissance psychosociale des jeunes, Montreal, C.E.C.R.-G., 1986, 380 p., (Etude realisee pour le Conseil québécois de la recherche sociale. - Même type que la précédente).

BROWN, HADLEY, WHITE. A Case for Neighbourhood-based social Work and social Services, dans P.M. BARCLAY, op. cit., pp. 219-235.

9. POUPART, R. et al. Op. cit., pp. 77-92 (chapitre VII: L'approche communautaire: c'est aussi organisationnel).
CHAMPOUX, L. et al. Doc. cit., pp. 44-59, 81-97.
ALARY, J., LESEMAN, F. Doc. cit., pp. 43-52, 65-72.
PANET-RAYMOND, J. et al. L'intervention communautaire, Montréal, Albert St-Martin, 1984, 237 p.

10. Grille élaborée par le Regroupement des organismes bénévoles du Montréal-Métropolitain (R.O.B.M.M.), telle que présentée dans le mémoire du R.O.B.M.M. à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec, août 1986.

11. Community-based Health and Social Services, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1986, 78 p. (rapport de la réunion tenue à Ottawa du 24 au 27 novembre 1985).
Socio-health Care in Canada: a View to the Future of Health Care, brief prepared for the Royal Commission of Canada's future, by the Canadien Health Coalition, Ottawa, octobre 1983, 19 p.
CRICHTON, Annie. Le centre de soins communautaires au Canada, Volume III du rapport de l'étude sur les centres de soins communautaires présenté aux Ministres de la Santé, Ottawa, 1972.

12. BRUNET, J. et al. Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, Québec, M.S.S.S.Q., 1987, 91 p.
BOURQUE, D. L'approche communautaire en CLSC: les enjeux en cause et les conditions requises, Service Social, vol. 34, nos 2 et 3, 1985, pp. 328-339.
ROBICHAUD, J.B. Objectifs 2000 - Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick, Tome 1: La santé des francophones, Moncton, éd. d'Acadie, 1985, pp. 46-64.

13. "Qu'il s'agisse de dispenser des services ou d'intervenir, l'action des professionnels des CLSC consiste beaucoup à socialiser le milieu, c'est-à-dire à lui faire partager leurs valeurs, leurs normes, leur manière de voir le monde." (POUPART, R. et al. op. cit., p. 74 - Le souligné est de nous.)

Voir aussi:
HADLEY, R. Voluntary Action and the State: Alternative Future?, conférence au Congrès "Voluntarism and the Crisis in the Welfare State", Jérusalem, Israël, 17-22 mars 1985, pp. 4-13.
GODBOUT, J. The Quebec Social Affairs Network and the Crisis of the Welfare State, conférence au Congrès "The Decentralization of Public Services: International Perspectives", Brighton, G.-B., 27-30 mai 1986, pp. 6-7.

PILON-QUIVIGER, A. op. cit., pp.7-9
LESEMAN, F. Du pain et des services, Montréal, Albert St-Martin, 1981, pp. 198-202.

14. Pour une réponse communautaire aux aspirations et besoins des jeunes, rapport d'un groupe d'organismes communautaires jeunesse au Conseil de la santé et des services sociaux de la Région de Montréal, Montréal, 1983, 42 p.

Voir aussi:
Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec, présenté par Centraide-Montréal, Montréal, 1986, pp. 3-21.
Les organismes communautaires - Réflexion sur les enjeux actuels et à venir, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec, par le Personnel du Service de soutien aux organismes communautaires du M.S.S.S.Q., Québec, 1986, 26 p.
Le développement des Organismes communautaires Jeunesse: une nécessité, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec, par le Regroupement des Organismes communautaires Jeunesse du Montréal-Métropolitain, Québec, 1986, 34 p.

15. MANGA, P. MUCKLE, W. doc. cit.
HEPWORTH, P. op cit.
Final Report of the Task Force to review primary Health Care, Toronto, Commission Mustard, 1982.
Strategic Plan for Community Support, mémoire de l'Association of Ontario Health Centres, 1986.

16. SIMONETTI, Eric. La décentralisation: une nouvelle donne pour le travail social, Communication au congrès de Brighton (cit.).

Voir aussi:
HAMEL, Pierre. Crise de la redistribution étatique et financement des organisations populaires, Revue internationale d'action communautaire, no 10/50, 1983.
Rapport du Groupe de travail sur la revision des fonctions et des organisations gouvernementales (Rapport Gobeil), Québec, 1986, 45 p.
Réglementer moins et mieux, rapport du Groupe de travail sur la déréglementation (Rapport Scowen), Québec, 1986, 51 p.
De la Révolution tranquille à l'an 2000, rapport du Comité sur la privatisation de sociétés d'Etat (Rapport Fortier), Québec, 1986, 71 p.
Rapport de la Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada (Rapport Mc Donald), Ottawa, 1985, vol. 2, chap. 20, pp. 887-896; vol. 3, chap. 23, pp. 313-374.
Rapport de la Commission Mustard, Toronto (cit.), chap. 3.

GUAY, Jérôme. Trying to Bridge the Gap, conférence au congrès de Brighton (cit.).
MICHAUD, Y. et ST-AMAND, N. La multidisciplinarité: nouvelle gestion du social?, Moncton, Université de Moncton, 1985, 24 p.
TITMUS, R. Essays on the Welfare State, Londres, Allen and Univin, 1963.
KATZ, Alfred H. Fellowship, Helping and Healing: the re-Emergence of Self-help Groups, dans "Journal of Voluntary Action Research", vol. 15, no 2, 1986, pp. 4-13.

BENDER, Eugen I. The Self-help Movement Seen in the Context of Social Development, dans "J.V.A.R.", no 15, pp. 77-84.
BARGAL, David, BENDER, Eugen, GIDRON, Benjamin. Epiloque, "J.V.A.R.", no 15, pp.85-90.
PEFFER, Michel. L'Etat anthropophage, Bruxelles, Vie ouvrière, 1982.
ROSANVALLON, Pierre. La crise de l'Etat-Providence, Paris, Le Seuil, 1981.
HADLEY, R. Voluntary Action ..., congrès de Jérusalem (cit.).
DALE, Peter. Decentralizing Social Services: Training for Change, conférence au Congrès de Brighton (cit.).
Le CLSC de demain: au centre des services locaux, Fédération des CLSC du Québec, mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et les servies sociaux du Québec, 1986, 66p.
LALONDE, Carole. Les CLSC face aux enjeux des années 90: une nécessaire consolidation, Montréal, F.C.L.S.C.Q., 1986, 48 p.
Promotion des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés, Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1976, 55 p.
CAHILL, M. Decentralization in local Government: a means or a end?, conférence au congrès de Brighton (cit.).
PALME, Olof. Employment and Welfare, The Jerry Wurf Memorial Lecture, 1984.
La question de la promotion des initiatives volontaires dans le domaine des affairs sociales au Québec, Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1978, 27 p.
Objectif Santé, Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1984, 217 p.

17. GALBRAITH, J.K. op. cit.

18. La santé publique au Nouveau-Brunswick, sur le plan fédéral, provincial et local, ministère de la Santé du N.-B., Fredericton, 1952; cité par ROBICHAUD, J.-B. op. cit., p. 35.

19. Voir: Une société responsable... pour défier l'avenir, C.C.D.S., rapport canadien à la 22e conférence internationale d'action sociale à Montréal, août 1984, pp. 72-101.

Les jeunes ont besoin de services sociaux... différents, dossier sur la situation des jeunes et des services sociaux aux jeunes, par le Conseil général des usagers du C.S.S.M.M. inc., 1986.
KATZ, Alfred M. art. cit., "J.V.A.R.", no 15, pp. 4-13.

20. BARGAL, D., BENDER, E., GIDRON, B. art. cit., "J.V.A.R.", no 15, pp. 85-90.

21. LAMOUREUX, Jocelyne. Tour de scène de certains des acteurs de la Commission Rochon au Québec, Revue canadienne de politique sociale, mai 1987, no 18, pp. 87-94.

22. LAMOUREUX, M., MAYER, R., PANET-RAYMOND, J. L'intervention communautaire, Montréal, éd. A, St-Martin, 1984, pp. 59-60, 127-128, 137-138, 212-218. Cette question "hante" la littérature relative à l'action communautaire des CLSC depuis leurs débuts.
Voir les deux rapports de l'Opération-Bilan en 1975 (Rapport Champoux pp. 18-43; Rapport Alary-Leseman, pp. 76-94).
Voir QUIVIGER, C. Point de vue, dans le document publié par la F.C.L.S.C.Q. suite au colloque spécial Pour une approche communautaire des CLSC auprès des 0-18 ans, Montréal, FCLSCQ, 1983, pp. 11-22.
Voir Le CLSC de demain: au centre des services sociaux, mémoire de la F.C.L.S.C.Q. à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, pp. 14-17; ce document exprime parfaitement "l'ambiguité congénitale" du communautaire en CLSC: on le veut à la communauté, mais il est étatique, né de l'extérieur, programmé, orienté, géré de l'extérieur.
Voir POUPART, R. op. cit., pp. 37-43; l'auteur parle de "miroir aux alouettes", p. 42.
Voir PINKER, R.A. An Alternative View, dans BARCLAY, P.M. op. cit., pp. 236-237.
Voir le Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC (Rapport Brunet), M.S.S.S.Q., 1987; à toutes fins pratiques, ce rapport pose le communautaire/CLSC dans des limites strictes qui ne couvrent pas tout le domaine des besoins communautaires en santé/social.

23. ROY, Maurice. Les CLSC - ce qu'il faut savoir, Montréal, éd. A. St-Martin, 1987, pp. 127-130.

24. GODBOUT, J. The Quebec Social Affairs Network..., congrès de Brighton, art. cit. pp. 6-7.
La participation contre la démocratie, Montréal, éd. A. St-Martin, 190 p.
Rapport de la Commission Mustard, Toronto, 1982, (cit.).
HEPWORTH, P. op. cit.

25. MANGA, P. et MUCKLE W. op. cit.

Voir aussi les mémoirs de la F.C.L.S.C.Q. et de Centraide-Montréal à la Commission d'étude sur les municipalités (Commission Parizeau).

26. LAMOUREUX, Jocelyne. art. cit., RCPS, pp. 90-91.

27. ROSANVALLON, P. op. cit., p. 36, p. 45.

28. HADLEY, R. congrès de Jérusalem (Cit.), p. 30.
Voir aussi:
M.A.S.-Québec, Perspectives à l'égard des CLSC, Québec, 1976, doc. 76-E-362.
FORGET, Claude. CLSC-Orientations, congrès de fondation de la F.C.L.S.C.Q., 3 mai 1975, pp. 6-8.
A co-operative Development Strategy for Canada, rapport du Groupe de travail national sur le développement coopératif, Ottawa, 1984.
Une société responsable... pour défier l'avenir, doc. cit., pp. 57-69.
Mouvements alternatifs et crise de l'Etat, "Revue internationale d'action communautaire, doc. cit., p. 8, pp.117-121, pp. 133-145.
C.C.D.S. Les politiques sociales pour les années '80, Ottawa, 1981, pp. 1-10. pp. 59-60, pp. 105-116.
C.A.S.F. Objectif Santé, op. cit.
"Rapport Brunet", Québec, 1987, pp. 4-8.
"Rapport Gobeil", doc. cit., p. 25.
"Rapport Scowen", doc. cit., p. 13.
CHAMPOUX, L. et al. Opération-Bilan (CLSC), op. cit., pp. 27-28 pp. 44-59.
ALARY-LESEMAN, CLSC-Operation-Bilan, op. cit., pp. 33-36, pp. 90-93.
F.C.L.S.C.Q. Le CLSC de demain: au centre des services locaux, doc. cit., pp. 17-24.
Fédé-Express, F.C.L.S.C.Q., vol. 10. no 2, octobre 86.
Le développement des Organismes communautaires Jeunesse: une nécessité, Regroupement des Organismes communautaires Jeunesse du Montréal-Métropolitain, doc. cit.

29. STOESZ, D. "Corporate Welfare": L'industrie des services sociaux et la réforme du "Welfare State" aux Etats-Unis, dans "Revue internationale d'action communautaire", no 10/50, pp. 87-97.
Voir aussi:
GODBOUT, Jacques. La participation contre la démocratie, (recension) R.I.A.C., no 10/50, pp. 158-159.
QUIVIGER, C. Libres-propos sur le droit à l'alternative, revue "Administration hospitalière et sociale", vol. XXX, no 6, déc. 1984, pp. 21-26.

BELANGER, J.P. et OUELLET, H. Les CLSC et les ressources alternatives, revue "Administration hospitalière et sociale" (cit.), pp. 17-20.

30. Au plan bibliographique, on pourrait ici renommer à peu près tous les volumes, conférences ou articles déjà cités.

31. ROSANVALLON, P. op. cit., pp. 111-112.

32. MANGA, P., MUCKLE, W. op. cit., pp. 65-71.

33. GALBRAITH, J.K. op cit.

34. PALME, Olof. Employment and Welfare, The Jerry Wurf Memorial Lecture, 3 avril 1984, p. 18.

ANNEXES

I - SYNTHESE VISUELLE DU BILAN

II - QUESTIONNAIRE

III - LETTRE D'ENVOI DU QUESTIONNAIRE

ANNEXE I - SYNTHESE VISUELLE DES RESULTATS
DE L'ETUDE COMPARATIVE QUEBEC-
ONTARIO SUR LES CENTRES COMMUNAUTAIRES
LOCAUX DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE

ANNEXE I

LEGENDE EXPLICATIVE DES COURBES VISUELLES

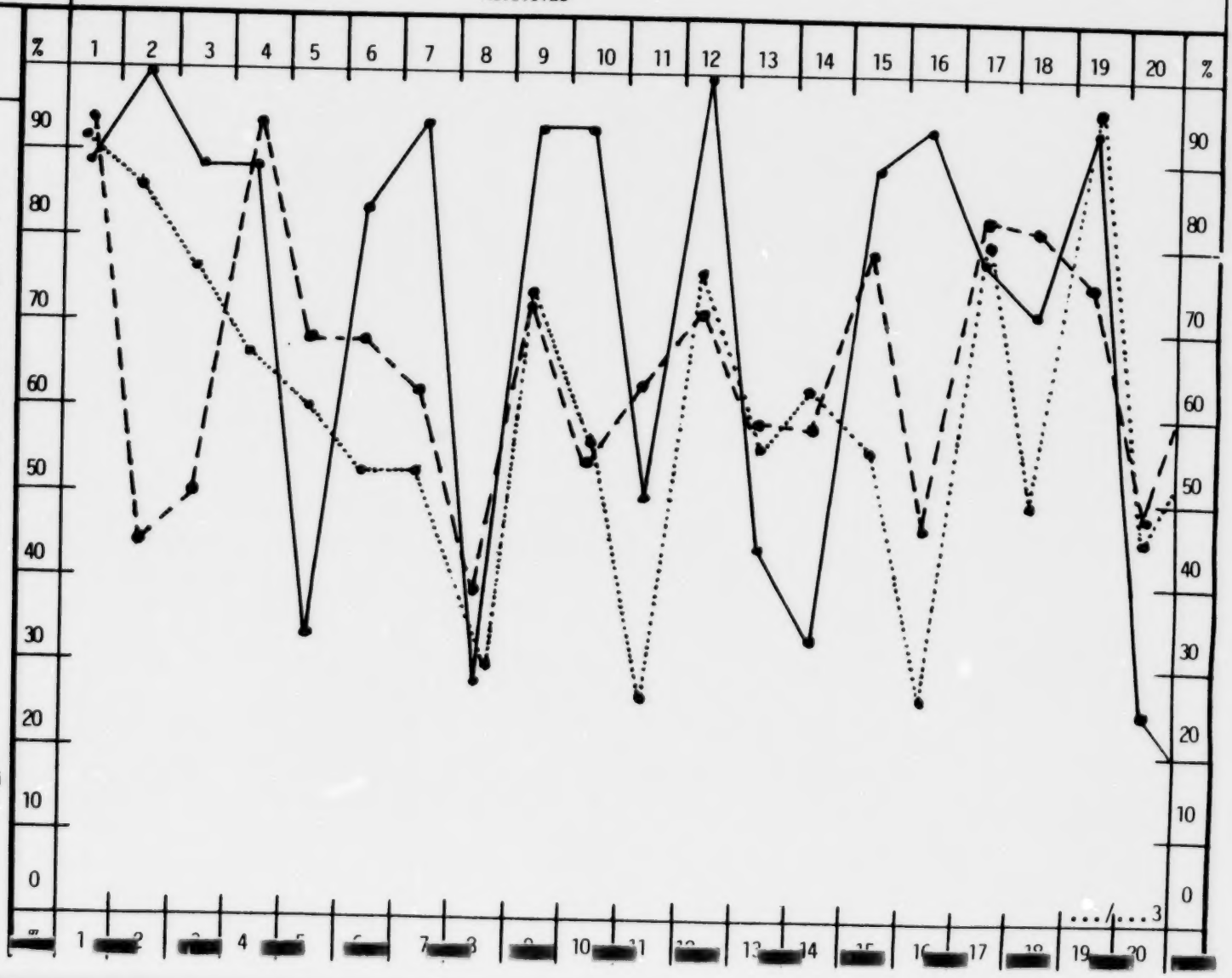
Indicateurs Communautaires (Re: modèle)	Scores en %			Indicateurs Communautaires (Re: modèle)	Scores en %		
	Public Qué.	O.A.V. Qué.	O.A.V. Qué.		Public Qué.	O.A.V. Qué.	O.A.V. Qué.
. Activités				. Perceptions			
1. Education gén. en Santé (SA)	88,88	93,75	93,33	32. Ouverture à nouv. modèles	37,12	47,44	57,45
2. Prévention primaire SA	100,00	43,75	86,66	33. Attitude de partenariat en SA	27,78	50,00	40,00
3. Soutien à entraide comm. SA	88,88	50,00	77,77	34. Attitude de partenariat en SO	77,77	68,42	64,00
4. Information/référence Sa	88,88	93,75	66,66	35. Ouvert. à rôle socio-comm. du			
5. Coalitions/gr. de pression SA	33,33	68,75	60,00	gvt. féd.	23,81	41,16	38,53
6. Soutien à gr. comm. SA	83,33	68,75	53,33	36. Ouvert. à rôle socio-comm. du			
7. Aide techn. à gr. comm. SA	94,44	62,50	53,33	gvt. prov.	83,33	52,04	60,17
8. Trav. de rue/outreach soc. SO	27,78	38,46	29,63	37. Ouvert. à rôle socio-comm. du			
9. Prévention primaire SO	94,44	71,79	74,04	gvt. munic.	29,35	36,39	42,86
10. Soutien à entraide comm. SO	94,44	53,85	55,55				
11. (Re)insertion sociale SO	50,00	64,10	25,93	. Organisation			
12. Information/référence SO	100,00	71,79	77,78				
13. Campagnes d'éd. publ. SO	44,44	58,97	55,55	38. Personnels comm. rémunérés	4,99	28,65	25,16
14. Coalitions/gr. de pression SO	33,33	58,35	62,96	39. Pers. comm. rémun. + bénévoles	4,99	81,46	59,11
15. Soutien à gr. comm. SO	88,89	79,49	55,55	40. Pers. adéquats vs min. ethn.	88,89	40,74	65,22
16. Aide techn. à gr. comm. SO	94,44	46,15	25,93	41. Engagement de pers. ethniques	71,43	38,46	70,00
17. Réalisation d'interv. coll.	77,77	83,33	81,81	42. Organ. du trav. en équipes	100,00	64,29	57,58
18. Implication d'autres organ.	71,28	82,86	49,16	43. Equipes multi-pluridisciplin.	100,00	88,89	89,47
19. Concertations statutaires	94,44	75,68	96,97	44. Salariat des médecins	100,00	S.O.	69,23
20. Regr. local et/ou régional	25,00	48,81	49,26				
				. Accessibilité			
. Participation							
				45. N. d'heures ouv./sem.(Xde 168h)	28,02	37,88	47,34
21. Comités citoyens à l'origine	16,66	69,05	69,69	46. Adéquation localisation	66,67	80,95	78,79
22. Assoc. volontaires à l'orig.	16,66	40,48	48,48	47. Adéquation transports	27,78	69,05	78,79
23. Part. pop. à ident. besoins	88,88	73,80	81,81	48. Adéquation moyens de commun.	88,89	80,95	93,94
24. Part. pop. à décisions prog.	100,00	69,05	75,76	49. Service d'urgence	16,67	40,48	51,52
25. Part. pop. à gestion (CA)	46,55	86,02	79,65	50. Accès facile, sinon urgence			
26. Mandats fixes (2, 3 ans) (CA)	100,00	65,72	62,50	quand fermé	23,08	65,38	64,29
27. Représ. ethnique au CA	83,33	44,44	52,17				
28. Réunions annuelles (9 et +)	94,44	54,76	78,12	. Financement			
29. Acceptation obj. par pop.	41,18	45,00	66,67				
30. Ouv. à comm. ds procédures	27,78	27,50	37,50	51. % de centres av sources comm.			
31. Soupiesse vs comm. ds procéd.	72,22	47,50	43,75	financement	0	64,28	64,52
				52. % de budgets récurrents	100,00	26,90	93,29
				53. % de financement global			
				(services et/ou capitation)	100,00	88,57	64,28

SYNTHESE VISUELLE

Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé

LEGENDE

- Québec public (CLSC)
- Québec - O.A.V.
- Ontario - O.A.V.



Indicateurs communautaires

. Activités

1. Education gén. en Santé (SA)
2. Prévention primaire SA
3. Soutien à entraide comm. SA
4. Information/référence Sa
5. Coalitions/gr. de pression SA
6. Soutien à gr. comm. SA
7. Aide techn. à gr. comm. SA
8. Trav. de rue/outreach soc. SÜ
9. Prévention primaire SÜ
10. Soutien à entraide comm. SÜ
11. (Re)insertion sociale SÜ
12. Information/référence SÜ
13. Campagnes d'éd. publ. SÜ
14. Coalitions/gr. de pression SÜ
15. Soutien à gr. comm. SÜ
16. Aide techn. à gr. comm. SÜ
17. Réalisation d'interv. coll.
18. Implication d'autres organ.
19. Concertations statutaires
20. Regr. local et/ou régional

Note : Les pourcentages indiquent la proportion de centres qui réalisent telle (s) activité (s) ou ont tel (s) type de fonctionnement.

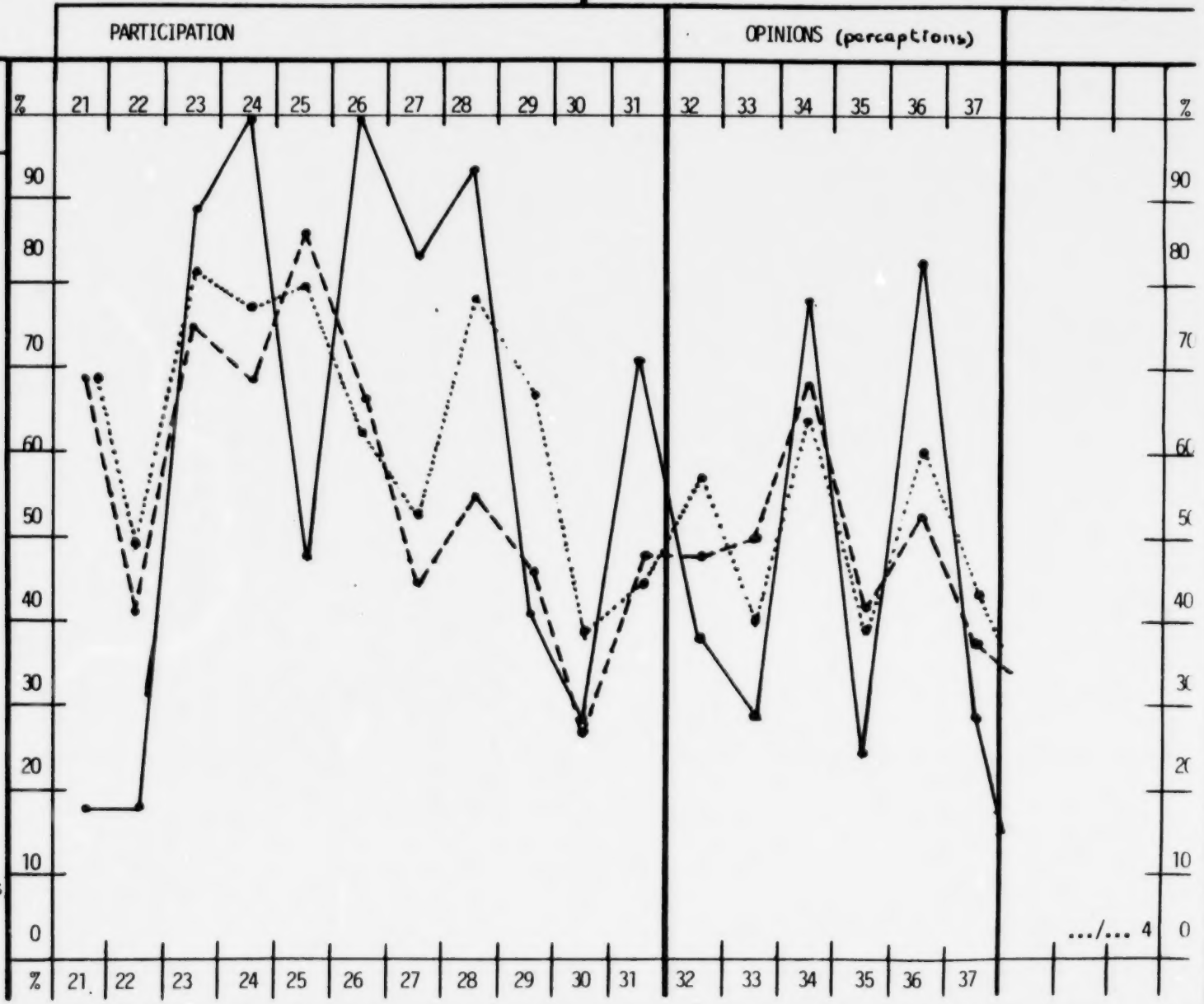
.../... 3

SYNTHESE VISUELLE

Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé

LEGENDE

- Québec public (CLSC)
- Québec - O.A.V.
- Ontario - O.A.V.



Indicateurs communautaires

. Participation

21. Comités citoyens à l'origine
22. Assoc. volontaires à l'orig.
23. Part. pop. à ident. besoins
24. Part. pop. à décisions prog.
25. Part. pop. à gestion (CA)
26. Mandats fixes (2, 3 ans) (CA)
27. Représ. ethnique au CA
28. Réunions annuelles (9 et +)
29. Acceptation obj. par pop.
30. Ouv. à comm. ds procédures
31. Souplesse vs comm. ds procéd.

. Perceptions

32. Ouverture à nouv. modèles
33. Attitude de partenariat en SA
34. Attitude de partenariat en SO
35. Ouvert. à rôle socio-comm. au gvt. féd.
36. Ouvert. à rôle socio-comm. au gvt. prov.
37. Ouvert. à rôle socio-comm. au gvt. munic.

Note : Les pourcentages indiquent la proportion de centres qui réalisent telle (s) activité (s) ou ont tel (s) type (s de fonctionnement.

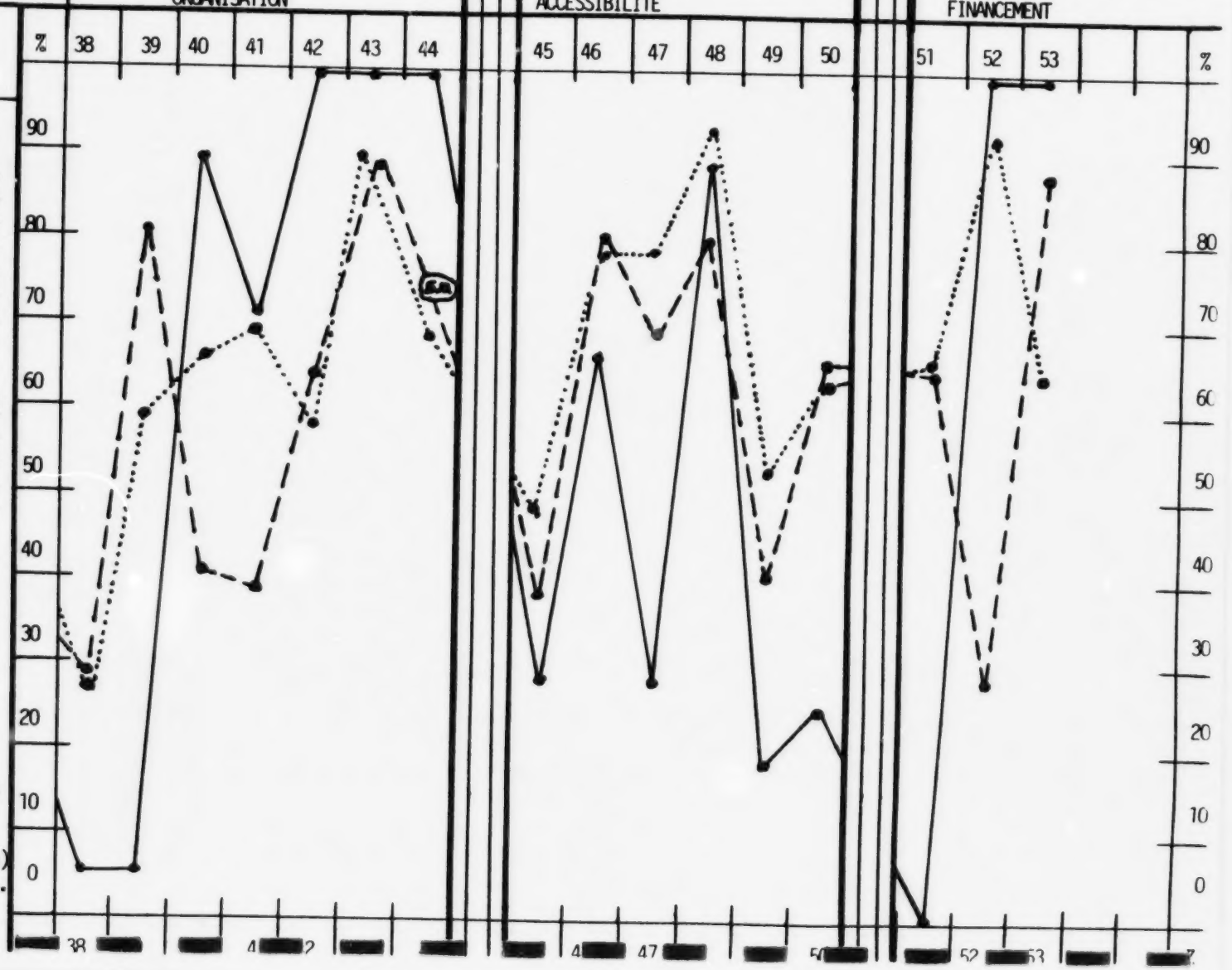
.../... 4

SYNTHESE VISUELLE

Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé

Légende

- Québec public (CLSC)
- Québec - O.A.V.
- Ontario - O.A.V.



Indicateurs communautaires

. Organisation

38. Personnels comm. rémunérés
39. Pers. comm. réun. + bénévoles
40. Pers. adéquats vs min. ethn.
41. Engagement de pers. ethniques
42. Organ. du trav. en équipes
43. Equipes multi-pluridisciplin.
44. Salariat des médecins

. Accessibilité

45. N. d'heures ouv./sem. (%de 168h)
46. Adéquation localisation
47. Adéquation transports
48. Adéquation moyens de commun.
49. Service d'urgence
50. Accès facile, sinon urgence quand fermé

. Financement

51. % de centres av sources comm. financement
52. % de budgets récurrents
53. % de financement global (services et/ou capitation)

Note : Les pourcentages indiquent la proportion de centres qui réalisent telle (s) activité (s) ou ont tel (s) type (s) de fonctionnement.

CANADIAN COUNCIL ON SOCIAL DEVELOPMENT
CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

HEAD / SIÈGE OFFICE SOCIAL
55 av. Parkdale Ave
P.O. Box/C.P. 3505 Stn. Succ. C
Ottawa, Ontario K1Y 4G1
(613) 728-1865

BUREAU DE / MONTREAL OFFICE MONTRÉAL
515 av. Viger est, East
Piece Suite 410
Montreal (Quebec) H2L 2P2
(514) 288-1687

ANNEXE II - QUESTIONNAIRE

ETUDE COMPARATIVE INTER-PROVINCIALE DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE DE TYPE COMMUNAUTAIRE

Etude entreprise par le Conseil canadien de développement social

INFORMATIONS RELATIVES AUX CENTRES

Notes

- L'objectif de ce questionnaire est de recueillir des informations factuelles pour dresser le profil des centres locaux de services sociaux et de santé de type communautaire, d'une province à l'autre du Canada.
- Compte-tenu du type d'informations demandées, le questionnaire est à remplir par une personne en responsabilité dans le Centre.
- Le questionnaire sollicite le point de vue du Centre et non les opinions personnelles de la personne qui répond.
- L'information recueillie à l'aide de ce questionnaire sera traitée de façon CONFIDENTIELLE, de telle sorte qu'il sera impossible d'identifier, dans le rapport final, l'opinion d'un répondant en particulier.
- La contrainte d'espace nous a obligés à omettre la féminisation des titres. Nous le regrettons et tenons à affirmer que cette décision est purement technique et ne constitue nullement un oubli de la présence féminine.
- Le terme "Centre" est utilisé dans un sens général.
- Sauf indication différente, pour répondre il suffit, pour la plupart des questions, de cocher (V) ou de mettre un X dans la case appropriée.

PARTIE I. INFORMATIONS GENERALES

1. Nom du Centre: _____

2. Téléphone: ( ) _____

3. Adresse: . no, rue _____
. ville _____
. code postal _____

4. Province: _____

5. Région administrative ou socio-sanitaire (s'il y a lieu):
_____

6. Depuis combien d'années le Centre offre-t-il des services de santé et/ou des services sociaux?
_____

7. Qui a décidé de créer le Centre? (plusieurs réponses possibles)

Gouvernement fédéral	_____
" provincial	_____
" municipal	_____
Association(s) volontaire(s)	_____
Particuliers	_____
Etablissement(s) du réseau public	_____
Autre(s) ... (préciser):	_____

8. Le Centre est -il incorporé?

Oui	_____
Non (passer à la question 11)	_____

9. Si le Centre est incorporé, quel est son statut légal tel que précisé dans la charte (ex.: privé à buts non lucratifs, public, ...)?
_____

10. Si le Centre est incorporé, l'est-il en vertu d'une législation:

Fédérale	_____
Provinciale	_____

11. Si le Centre n'est pas incorporé, pourquoi ne l'est-il pas?

En voie d'incorporation	_____
Autre(s) raison(s) - préciser:	_____

_____

PARTIE II. FONCTIONNEMENT DU CENTRE

12. Quels sont les services principaux rendus par le Centre?
- Services de santé ------
- Services sociaux ------
- Autre(s) - préciser: ----------

13. Le Centre s'adresse-t-il ...(répondre à a ou b)
a. à l'ensemble de la population de la communauté locale ------
b. à seulement une ou quelques populations spécifiques (ex.: 3e âge, jeunes, familles, femmes, suicidaires ...) ------
Si oui, préciser: ----------

NOTE: Les questions 14, 15, 16 et 17 concernent l'ensemble de la population à desservir par le Centre et pas seulement la partie de la population effectivement atteinte par le Centre.

14. Quel est le niveau socio-économique de la population?
- Niveau aisé ------
- Niveau moyen supérieur ------
- Niveau moyen inférieur ------
- Niveau défavorisé (petits salariés, aide sociale, etc...) ------

15. Le Centre dessert-il une région ...
- Urbaine ------
- Semi-urbaine ------
- Rurale ------

16. De façon globale, la population comprend-elle ...
- Surtout des jeunes familles avec jeunes enfants ------
- Surtout des personnes âgées et des couples dont les enfants sont partis ------
- Un peu de tous les âges, des nouvelles et anciennes familles ------

17. Au plan des ethnies, la population est-elle plutôt ...
Homogène (à 80% environ de la même ethnie) ------
Hétérogène (deux ou trois groupes ethniques relativement importants) ------

NOTE: Les questions 18 et 19 ont pour but d'identifier le volume de population effectivement atteint par le Centre et nullement d'en évaluer l'efficacité.

18. Au plan des interventions de type thérapeutique, individuelles ou en groupes, quel volume de population a effectivement atteint le Centre au cours des douze (12) derniers mois? (volume = nombre de cas ou de dossiers)

Interventions de type thérapeutique	Population totale	Volume effectif
En santé		
En social		
Total	= 100% population totale	

19. Au plan des interventions collectives, quel est le volume atteint par le Centre au cours des douze (12) derniers mois? (Volume = nombre d'organismes, groupes, associations, établissements, etc... concernés par une même problématique collective dans la communauté et avec lesquels le Centre a collaboré. Par exemple: projet d'animation communautaire pour jeunes drogués en concertation avec les autres ressources-jeunesse de la communauté.)

Au cours des douze (12) derniers mois, le Centre s'est impliqué, avec d'autres organismes du milieu, dans la recherche de solutions communautaires à des problématiques collectives ...

Oui ------ Non ------

Si oui, préciser (tableau ci-dessous)

Problématique collective	Nombre d'organismes du milieu potentiellement concernés	Nombre d'organismes effectivement impliqués avec le Centre
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4

20. Quel(s) type(s) de personnel(s) et en quel nombre le Centre emploie-t-il? (nombre: équivalence plein temps)

Statut	Type(s) de personnel(s)	Nombre
Personnels rémunérés (salaire, honoraires, vacation, à l'acte, etc...)	• Médecins (généralistes ou spécialistes)	
	• Sages-femmes	
	• Praticiens de médecines douces ou alternatives	
	• Infirmières	
	• Assistants ou techniciens en santé	
	• Autres professionnels de la santé (v.g. dentistes, ophtalmologistes, etc...) - préciser: . . .	
	• Travailleurs sociaux cliniciens avec formation de niveau universitaire	
	• Assistants ou techniciens en intervention sociale clinique	
	• Travailleurs communautaires avec formation de niveau universitaire (organisateurs communautaires, animateurs sociaux, travailleurs de rue, etc...)	
	• Assistants ou techniciens en intervention communautaire	
	• Autres professionnels des sciences humaines (v.g. psychologues, psycho-éducateurs, criminologues, etc...) - préciser: . . .	
	• "Autodidactes" (sans formation spécifique initiale ou avec formation professionnelle différente) - intervenants:	
	. en santé	
	. en social	
	• Personnel administratif et de soutien	
	• Autres - préciser: . . .	
	TOTAL 1	
Personnels non-rémunérés (ne pas compter les membres du conseil d'administration)	• Bénévoles (avec formation spécifique)	
	• Bénévoles (sans formation spécifique)	
	• Autre(s) - préciser: . . .	
	TOTAL 2	
	TOTAL GENERAL (Total 1 + total 2)	

21. Comment le Centre répond-il aux besoins des groupes ethniques minoritaires ?

Le Centre ...	Oui	Non	Ne s'applique pas
est en mesure de desservir les groupes ethniques minoritaires dans leur langue			
a, à son emploi, du personnel issu des groupes ethniques minoritaires à desservir			

- Gestion

22. Combien d'heures par jour le Centre est-il ouvert?

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
a.m.							
p.m.							
	Total hebdomadaire d'heures d'ouverture:						

23. Le Centre a-t-il prévu un service formel d'urgence accessible pour les périodes où il est fermé?

Oui ------ (passer à la question 25)
Non ------

24. Si le Centre n'a pas de service d'urgence, est-il possible à une personne ou à un groupe de la communauté de rejoindre un (ou des) intervenant(s) du Centre en dehors des heures d'ouverture, en cas de besoin urgent?

Jamais ------
Exceptionnellement ------
Assez facilement ------
Cela se fait souvent ------

25. Quelle est l'accessibilité physique du Centre par rapport à la communauté à desservir?

	Tout à fait adéquat	Moyennement adéquat	Peu adéquat
Lieu où est localisé le Centre			
Moyens de transports publics pour y parvenir			
Moyens de communication (v.g. téléphone, radio...)			

26. Le Centre fait-il partie d'un regroupement d'organismes communautaires?

Oui ------
Non ------

Si oui, à quel niveau le regroupement intervient-il?

Niveau local ------
Niveau régional ------
Niveau provincial ------
Niveau national ------

27. Le Centre a-t-il un conseil d'administration?

Oui ------
Non ------ (passer à la question 33)

28. Combien de membres comprend le conseil d'administration du Centre?

Femmes ------
Hommes ------
TOTAL ------

29. Quelle est la durée du mandat des membres du conseil d'administration?

Durée non déterminée ------
Périodes fixes - préciser: ----------

30. Si la communauté comprend des groupes ethniques minoritaires, sont-ils représentés de façon significative au conseil d'administration?

Oui ------
Non ------
Ne s'applique pas ------

31. Quel est le nombre de réunions régulières du conseil d'administration, par année?

----

32. Quels sont les statuts, le nombre et les modes de recrutement des membres du conseil d'administration?

Statut	Nombre	Modes de recrutement		
		électif: qui élit?	sélectif: qui choisit ou nomme?	Autre(s) préciser
Utilisateurs des services				
Représentants des organismes volontaires et/ou des groupes de pression du milieu				
Représentants de la population en général				
Représentants des personnels du Centre				
Représentants du gouvernement fédéral				
Représentants du gouvernement provincial				
Représentants de la (ou des) municipalité(s)				
Représentants d'établissements ou d'organismes publics				
Représentants des bénévoles du Centre				
Directeur du Centre				
Autre(s) - préciser: . . .				
TOTAL:				

33. Si le Centre n'a pas de conseil d'administration, devant qui la Direction est-elle responsable (préciser la fonction et/ou l'organisme)?

---

34. Quelle est la politique du Centre en regard des énoncés suivants?

Enoncés	Très important	Moyennement important	Peu important	Il n'y a pas de politique
Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la Direction et les employés				
Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la population que dessert le Centre				
Les procédures et consignes doivent prévoir à l'avance <u>toutes</u> les éventualités				
Les procédures et consignes doivent être <u>toujours</u> appliquées de façon rigoureuse				

- <u>Organisation des services</u>

35. Le personnel du Centre est-il regroupé en équipes (ou modules ou toute autre forme de regroupement)?

Oui ------ (passer à la question 36)
Non ------ (passer à la question 37)
Partiellement ------ (passer à la question 38)

36. Si la réponse est <u>oui</u> à la question 35, les équipes sont-elles ...

Toutes unidisciplinaires ------
Toutes pluridisciplinaires ------
Certaines unidisciplinaires et d'autres pluridisciplinaires ------

37. Si la réponse est <u>non</u> à la question 35, quelle en est la (ou les) raison(s)?

Trop peu de personnel pour constituer une ou des équipes ------

Choix d'une organisation individuelle du travail des intervenants ------

Autre(s) - préciser: ----------

---

38. Si la réponse est <u>partiellement</u> à la question 35, est-il possible de préciser selon le(les) secteur(s) ou le(les) programme(s)? (Ex.: services de santé courants, maintien à domicile, jeunes délinquants, etc...)

Secteur ou programme	Organisation en individuel	Organisation en équipe
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

39. Quelles ont été, au cours des douze (12) derniers mois, les relations de travail du Centre avec les autres ressources de la communauté?

Relations	Oui	Non	Ne s'applique pas
Le Centre a travaillé de façon plutôt indépendante des autres services			
Le Centre a établi des relations ponctuelles et occasionnelles avec les autres ressources			
Le Centre a établi des concertations relativement statutaires avec les autres ressources			

10

40. Si le Centre a travaillé habituellement de façon plutôt indépendante des autres ressources de la communauté, quelles en sont les raisons?

Il n'y a pas d'autres ressources communautaires _____
Autre(s) raison(s) - préciser: _____
_____
_____

41. Si le Centre travaille dans le domaine de la santé, quel(s) genre(s) de services ou d'activités a-t-il offert au cours des douze (12) derniers mois?

Services ou activités	Oui	Non
Information et référence relativement aux lois et aux services en santé		
Education à la santé (groupes de sensibilisation, campagnes publiques, etc...)		
Prévention primaire (ex.: cours pré-nataux, immunisation, etc...)		
Participation à des coalitions, à des groupes de pression, à des mouvements visant des changements de législation ou de politiques dans le domaine de la santé (ex.: modification à la Loi canadienne sur les médicaments brevetés, etc...)		
Mise sur pied et soutien à des groupes communautaires visant l'amélioration des conditions de l'environnement qui ont un impact sur la santé (ex.: salubrité des logements, etc...)		
Mise sur pied de groupes d'entraide au plan de la santé		
Urgences mineures en santé		
Services médicaux courants de diagnostic, traitement et suivi donnés pas des omnipraticiens		
Services médicaux spécialisés ou ultraspécialisés		
Soins à domicile		
Prêts de locaux ou d'équipements à des groupes pour des activités communautaires		
Prêts de personnel(s)		
Autre(s) - préciser: • • • •		

42. Si le Centre travaille dans le domaine social, quel(s) genre(s) de services ou d'activités a-t-il offert au cours des douze (12) derniers mois?

Services ou activités	Oui	Non
Information et référence relativement aux lois sociales et aux services sociaux		
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique visant des changements sociaux		
Prévention primaire (ex.: cours de parents efficaces, groupes de croissance personnelle, etc...)		
Participation à des coalitions, à des groupes de pression, à des mouvements visant des changements de législation ou de politiques dans le domaine social (ex.: modifications au système de sécurité du revenu, etc...)		
Mise sur pied et soutien à des groupes ou à des ressources communautaires visant l'amélioration des conditions de vie dans la communauté (ex.: foyer d'hébergement pour femmes battues, association de locataires, etc...)		
Mise sur pied de groupes d'entraide au plan social (ex.: parents anonymes)		
Travail de rue, dépistage ("outreach")		
Services en situation de crise		
Consultations psycho-sociales		
Services de réinsertion sociale		
Services à domicile (ex.: auxiliaires familiales)		
Prêts de locaux ou d'équipements à des groupes pour des activités communautaires		
Prêts de personnel(s)		
Autre(s) - préciser: • • • •		

43. D'après l'expérience quotidienne, comment les membres de la communauté sont-ils perçus réellement -et non idéalement- par les intervenants du Centre? (plusieurs réponses possibles)

Perceptions	Santé	Social	Autre(s) préciser
Surtout comme des clients ou des patients à soigner ou à aider			
Surtout comme des citoyens bénéficiaires, ayant droit aux services établis par les intervenants du Centre			
Surtout comme des citoyens aptes à s'organiser et à devenir partenaires dans la solution de leur problème et des problèmes du milieu			

44. La population participe-t-elle à l'identification et à l'analyse des besoins sociaux et/ou de santé de la communauté?

Oui ------
Non ------ (passer à la question 45)

Si oui, de quelle(s) façon(s)? (plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
Citoyens ou usagers élus au conseil d'administration		
Représentants d'association volontaires de la communauté élus au conseil d'administration		
Groupes consultatifs mis sur pied par le Centre		
Sondages dans la communauté		
Demande de services (achalandage)		
Représentant(s) de la (ou des) municipalité(s)		
Autre(s) - préciser: • • • •		

45. La population participe-t-elle à la prise de décision en ce qui concerne la mise sur pied des services et programmes du Centre?

Oui ------
Non ------ (passer à la question 46)

Si oui, de quelle(s) façon(s)? (plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
Citoyens ou usagers élus au conseil d'administration		
Représentants d'associations volontaires de la communauté élus au conseil d'administration		
Représentant(s) de la (des) municipalité(s)		
Comités décisionnels, comprenant des citoyens, mis sur pied par le centre		
Autre(s) - préciser: • • • •		

PARTIE III - FINANCEMENT DU CENTRE

. Budget et sources de financement

46. Quel est le budget total du Centre pour les exercices budgétaires suivants? (en incluant, éventuellement, les enveloppes ou budgets protégés)

Année d'exercice budgétaire	Budget total
1984-1985	
1985-1986	
1986-1987	

47. Pour l'exercice courant, le budget total du Centre est-il suffisant pour qu'il remplisse sa mission?

Oui ------

Non ------

Si non, quel serait le budget nécessaire ----------

48. De façon globale et en y intégrant l'administration quelle est la proportion du budget total affectée, pour l'exercice 1986-1987, aux services de santé, aux services sociaux et, éventuellement, à d'autres services (préciser)?

	Proportion du budget affectée en 1986-1987
Services de santé	
Services sociaux	
Autre(s) - préciser: . . .	

49. Le Centre bénéficie-t-il, pour l'exercice 1986-1987, des services de personnel(s) prêté(s) et/ou payé(s) par un autre établissement ou par une autre administration?

Oui ------

Non ------

Si oui, en quel nombre (en équivalence plein temps) ------

50. Quelles sont les sources directes de financement du Centre et l'importance de chaque source pour l'exercice budgétaire 1986-1987 (en faisant une projection réaliste à partir des dix mois déjà écoulés en ce qui concerne les sources encore incertaines)?

Sources		Montant	% du budget total
Sources publiques:			
Gouvernement fédéral (ministères ou organismes publics)	• Santé et Bien-être social		
	• Solliciteur général		
	• Emploi et immigration		
	• Secrétariat d'Etat		
	• Autre(s) - préciser: • • •		
	Total 1		
Gouvernement provincial (ministères ou organismes publics)	• Santé		
	• Services sociaux		
	• Sécurité du revenu		
	• Main d'oeuvre		
	• Habitation		
	• Education		
	• Justice		
	• Affaires municipales		
	• Commission Accidents du travail		
	• Commission Santé/sécurité au travail		
	• Autre(s) - préciser: • • •		
	Total 2		
Gouvernement municipal	• • •		
	Total 3		
Total 4 (Total 1 + Total 2 + Total 3)			

.../...

(suite de la question 50)

Sources		Montant	% du budget total
Sources privées et/ou communautaires:			
. Centraide ou autres campagnes de levées de fonds			
. Fondations			
. Communautés religieuses			
. Entreprises, compagnies			
. Syndicats			
. Clubs sociaux			
. Dons individuels			
. Autre(s) - préciser: . . .			
	Total 5		
Autofinancement:			
. Revenus d'opérations*			
. Cotisations d'adhérents			
. Campagnes de financement			
. Revenus de placements			
. Autre(s) - préciser: . . .			
	Total 6		
Total général (Total 4 + 5 + 6)			100%

* Revenus d'opérations: facturation directe à la clientèle, vente de services, prêts de locaux ou d'équipements, etc ...

51. Pour l'exercice 1986-87, quelle proportion du budget du Centre est ...

Récurrente _____%
Non-récurrente _____%

52. Pour l'exercice 1986-87, quels sont les modes de financement du Centre, et en quelle proportion du budget total?

Financement global _____%
Financement au cas pas cas ou au volume de clientèle _____%
Financement par programme spécifique _____%
Autre(s) - préciser:
. _____%
. _____%

53. Au cours des douze (12) derniers mois, le Centre a-t-il mis sur pied de nouveaux services ou programmes?

Oui ______
Non ______ (passer à la question 54)

Si oui, comment le Centre les a-t-il financés? (plusieurs réponses possibles)

Re-allocation de postes dans le budget existant ______
Fonds nouveaux additionnels ______
Autre(s) - préciser: _____
_____
_____
_____

54. De façon générale, le Centre estime-t-il que ses bailleurs de fonds respectent et favorisent son autonomie en ce qui concerne ses orientations, politiques et programmes? En autant, bien sûr, que le Centre respecte globalement les critères de base d'attribution des fonds.

Oui ------
Non ------
Ne s'applique pas ------

Commentaires, s'il y a lieu _____
_____
_____
_____

55. Dans la mesure où le Centre fait appel à des services de médecins, comment sont-ils rémunérés?

Rémunération à l'acte ------
Salaire ------
Vacation ou honoraires ------
Autre(s) - préciser
.
.
.

. Perspectives

56. Un groupe de travail national* a analysé la question des systèmes coopératifs de santé. Au terme de cette étude, il conclut qu'un tel système pourrait être une réponse très appropriée aux principaux problèmes des systèmes actuels de santé (coûts, institutionnalisation, manque de prévention, ...). Ce modèle pourrait, de façon toute particulière concerner les centres communautaires de santé (et, tout autant croyons-nous, les centres locaux de services sociaux.)

Quelle est la position du Centre par rapport aux recommandations suivantes, que ce groupe de travail a formulées?

Recommandations	Accord	Désaccord	Ne sait pas
Compte-tenu de la base déjà établie qu'est la tradition canadienne de services communautaires locaux à buts non lucratifs: que le secteur coopératif prenne l'initiative de stimuler la création et le développement des coopératives dans le domaine de la santé (et des services sociaux).			

* Une stratégie de développement coopératif pour le Canada: Rapport du groupe de travail sur le développement du mouvement coopératif canadien, Conseil Canadien de Coopération, mai 1984.

.../...

(suite de la question 56)

Recommandations	Accord	Désaccord	Ne sait pas
Pour diffuser le concept de coopératives de santé (et de services sociaux) et obtenir l'appui des pouvoirs publics, de la population et du système actuel de santé (et de services sociaux): que le secteur coopératif parrainne une conférence nationale sur le développement d'un système coopératif de soins de santé (et de services sociaux).			
Compte-tenu de la forte présence des gouvernements dans le système actuel de services sociaux et de santé; compte-tenu des différences inter-provinciales; compte-tenu de la nécessité d'une période expérimentale: que chaque province crée et finance un bureau indépendant d'aide au développement coopératif;			
que le gouvernement fédéral participe avec les provinces au financement de l'organisation initiale des coopératives et de leurs premiers temps d'existence.			
Au-delà des divers modes de financement actuellement utilisés: que les gouvernements provinciaux allouent aux coopératives, pour chacun de leurs membres, un montant per capita équivalent au montant moyen dépensé annuellement per capita dans le système actuel pour les soins de santé (et les services sociaux) - (système de capitation);			
que les coopératives puissent librement utiliser leurs surplus budgétaires pour améliorer ou augmenter leurs services.			
Compte-tenu du comportement plutôt individualiste et des attentes actuelles des utilisateurs des services de santé (et des services sociaux): que l'adhésion à une coopérative de de santé (et de services sociaux) demeure une option libre, pour une période fixe, renouvelable;			
que les coopératives gardent les caractéristiques générales du système actuel de santé (et de services sociaux): administration publique, universalité, mobilité, accessibilité.			

57. Quel mode de financement serait le plus approprié pour le Centre?

Financement global en fonction des services ------
Financement global par capitation ------
Financement au cas par cas
ou au volume de clientèle ------
Financement par programme spécifique ------
Autre(s) - préciser:

.
.
.

58. Dans la mesure où le Centre fait appel à des services de médecins, quel serait le meilleur mode de rémunération de cette catégorie de professionnels?

Rémunération à l'acte ------
Salaire ------
Vacation ou honoraires ------
Autre(s) - préciser:

.
.
.

PARTIE IV - ROLE DES GOUVERNEMENTS

La série de questions suivantes (59 à 76) demande l'opinion du Centre en ce qui concerne la responsabilité des pouvoirs publics, aux niveaux fédéral, provincial et municipal, envers les centres de santé et de services sociaux de type communautaire.

Questions	Gouvernements						Pas d'opinion
	Fédéral		Provincial		Municipal		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
59. Le gouvernement devrait-il fournir un cadre juridique spécifique aux centres de services communautaires, se limitant aux orientations, objectifs et critères généraux de tels centres, afin de marquer officiellement leur reconnaissance?							
60. Au niveau opérationnel local, le gouvernement devrait-il définir les stratégies d'action et les programmes spécifiques?							
61. Le gouvernement devrait-il gérer directement les centres de services communautaires, sans l'intermédiaire de conseils d'administration?							
62. Le gouvernement devrait-il fournir 100% du financement des centres?							
63. Le gouvernement devrait-il déléguer des pouvoirs réels et significatifs aux conseils d'administration des centres?							
64. Le gouvernement devrait-il définir la composition des conseils d'administration des centres?							
65. Le gouvernement devrait-il nommer la majorité des membres des conseils d'administration des centres?							

Questions	Gouvernements						Pas d'opinion
	Fédéral		Provincial		Municipal		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
66. Le gouvernement devrait-il nommer seulement une minorité des membres des conseils d'aministration des centres?							
67. Le gouvernement devrait-il être complètement absent du processus de nomination des membres des conseils d'administration des centres?							
68. Le gouvernement devrait-il fournir un financement supérieur à 50% du budget total des centres?							
69. Le gouvernement devrait-il fournir un financement inférieur à 50% du budget total des centres?							
70. Le gouvernement devrait-il être complètement absent du financement des centres?							
71. Le gouvernement devrait-il définir les critères de non discrimination et d'accessibilité qui garantissent les services communautaires à toute la population concernée?							
72. Le gouvernement devrait-il garantir la gratuité de l'ensemble des services fournis par les centres?							
73. La loi et l'ordre public étant saufs, le gouvernement devrait-il laisser agir la loi de l'offre et de la demande entre les professionnels de la santé ou des services sociaux et les clients?							
74. Le gouvernement devrait-il garantir et respecter le caractère privé des centres de services communautaires à buts non lucratifs?							

Questions	Gouvernements						Pas d'opinion
	Fédéral		Provincial		Municipal		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Répondre à la question 75 ou 76, pas aux deux.							
75. La responsabilité publique vis-à-vis des centres de services communautaires serait-elle mieux assurée par un seul niveau de gouvernement (indiquer lequel)?							
76. La responsabilité publique vis-à-vis des centres de services communautaires serait-elle mieux assurée par une formule mixte impliquant deux ou trois niveaux de gouvernements (indiquer lesquels)?							

COMMENTAIRES GENERAUX:

Nous vous remercions de votre aimable coopération et vous assurons de nouveau du traitement confidentiel de vos réponses.
Nous vous prions d'expédier le questionnaire rempli dans l'enveloppe déjà pré-adressée ci-jointe.

Merci!

Jean-Bernard Robichaud
Claude Quiviger

C.C.D.S.
515, rue Viger est
Suite 410
Montréal (Québec)
H2L 2P2

ANNEXE III - LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE

Montréal, le 9 février 1987

Madame, Monsieur,

Le Conseil canadien de développement social (bureau du Québec) - en collaboration avec le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université de Laval à Québec - débute actuellement une étude comparative interprovinciale sur les centres locaux de services de santé et/ou de services sociaux de type communautaire. Avec cette lettre, nous vous envoyons un questionnaire. Expérience faite et malgré son apparence volumineuse, il se remplit en trente ou quarante minutes.

Comme tous les responsables de centres, vous êtes sans doute très occupé(e). Sans doute aussi recevez-vous beaucoup de sollicitations de ce genre. Mais nous croyons que le développement de l'intervention communautaire est un enjeu assez important à vos yeux comme aux nôtres pour que vous acceptiez de donner quelques moments à cette étude qui, sans votre participation, ne pourra pas se faire. A l'avance, nous vous remercions de votre aide.

Le contexte général de cette étude est la remise en question actuelle des système de santé et de services sociaux au Canada comme dans la plupart des pays occidentaux. De nombreux rapports de commissions d'enquête ou de comités existent déjà, dont l'une des constantes est de faire appel aux ressources locales communautaires et bénévoles ainsi qu'à la responsabilisation des citoyens. Au Québec, en ce moment même, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) examine le fonctionnement et le financement des services de santé et des services sociaux.

Organisme privé à buts non-lucratifs, indépendant de tout gouvernement, le Conseil canadien de développement social a estimé qu'il serait tout à fait pertinent de comparer d'une province à l'autre comment sont fournis localement les services sociaux et/ou de santé par une multitude de centres qui se définissent comme communautaires.

.../2

Par cette étude, entre autres travaux, le Conseil donne suite à la conférence nationale sur "Les soins de santé et les services sociaux communautaires" tenue à Ottawa en 1985. Les résultats de cette étude pourraient servir de référence pour diverses démarches ultérieures ou programmes éventuels d'animation sur la question. Ils pourraient aussi être de quelque utilité à la Commission Rochon au Québec.

En complément au matériel recueilli par ce questionnaire, nous procéderons à des entrevues plus poussées avec des personnes ou des instances impliquées à divers niveaux dans ces questions (des utilisateurs de services aux responsables gouvernementaux en passant par les organismes eux-mêmes). Le rapport final de l'étude sera un bilan prospectif présentant, province par province, l'ensemble des informations recueillies et proposant des perspectives à promouvoir dans une optique de développement communautaire. Ce rapport sera disponible au Conseil canadien de développement social dans le courant de l'année 1987.

Nous avons le ferme espoir de recevoir votre réponse d'ici le 27 février 1987. Avec nos sincères remerciements, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'accepter l'assurance de nos sentiments respectueux.

Jean-Bernard Robichaud

Claude Quiviger

JBR:CQ:jd

Pièces jointes: Questionnaire avec enveloppe-retour
Dépliant de présentation du Conseil canadien de développement social

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter: (514) 288-1687 à Montréal.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation de santé et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information sur les principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.